tion der Zuschauerinnen. Häufig verheiratete Männer mittleren Alters, Neigung zu Rückfällen. Bestrafung nach § 183 StGB (Erregung öffentlichen Ärgernisses) möglich

- *Voyeurismus:* Zuschauen beim Sexualakt anderer; ähnlich pornographischen Bedürfnissen
- *Frotteurismus:* sexuelle Erregung bei genitaler Berührung von Frauen, z. B. in Menschenmengen, in überfüllten öffentlichen Verkehrsmitteln durch reibende Bewegungen, hierdurch Erektion und Orgasmus
- *Fetischismus:* sexuelle Erregung durch Kleidungsstücke (Unterwäsche, Schuhe, Strümpfe) oder sonstige Gegenstände von möglichen SexualpartnernInnen und damit verbundene Masturbation bzw. Ejakulation. U. U. vermehrter Lustgewinn durch Diebstahl der verwendeten Gegenstände. Substitution des Triebobjektes durch ein fetischistisches Symbol
- *Transvestitismus:* Erregung durch Tragen von Frauenkleidern (cross dressing) und Erleben der weiblichen Rolle mit Imitation der Frau; kann mit und ohne das Ziel des Orgasmus auftreten. Beziehungen zum Fetischismus
- *Sadismus und Masochismus:* in erster Linie Erlebensweisen, weniger spezielle Formen von Perversion. (Divide: moralischer (psychischer) Masochismus mit unbewußter Konstellation von Bestrafung z. B. bei Depressionen)
- *Kleptomanie und Pyromanie:* u. U. auch Spielsucht können mit sexueller Erregung einhergehen
- *Erotophonie:* obszöne (anonyme) Telefonanrufe

Fallbeispiele

Fallbeispiel 13.1

In die Sexualambulanz der psychiatrischen Poliklinik kommt ein derzeit arbeitsloser 34jähriger Mann. Er ist 192 cm groß und 115 kg schwer, trägt Frauenkleidung mit ausgestopftem BH, die Körperbehaarung ist teilweise rasiert. Er lebt teilweise, vor allem im privaten Bereich, in der Frauenrolle. Jetzt möchte er konkrete Schritte in Bezug auf die von ihm gewünschte Geschlechtsumwandlung – Mann zu Frau – unternehmen.

Er sei als unehelicher Sohn geboren. Der Vater habe die Mutter kurz vor der geplanten Hochzeit verlassen. Die 10 Jahre ältere Schwester stamme aus einer Vergewaltigung. Zu Hause habe ein männerfeindliches Klima geherrscht. Als kleiner Junge habe er die Kleidung der älteren Schwester auftragen müssen, habe am liebsten mit einer Puppe gespielt und nur Mädchenbücher gelesen. Die Mutter habe ihm pinkfarbene Kleidchen und Strumpfhosen angezogen. Erst mit dem Beginn des Kindergartenbesuches sei für ihn Knabenkleidung gekauft worden, die er aber nur widerwillig angezogen habe. Der Versuch der Mutter, ihn nun zu jungenhaftem Verhalten und Spielen zu bewegen, konnte seine Neigung, Mädchenkleider zu tragen und sich nur mit Mädchen zu beschäftigen, nicht mehr korrigieren. In der Pubertät litt er unter den körperlichen Veränderungen und hatte Impulse, das männliche Genitale abzutrennen, da es nach seinem Empfinden nicht zu seinem Körper gehörte. Er setzte damals das „cross-dressing" fort, bemerkte aber selbst, daß die Frauenkleidung kein Requisit für die sexuelle Erregung bedeutete, sondern äußerer Ausdruck seiner inneren Befindlichkeit als Frau war. Auf Drängen der Mutter begann er eine Metzgerlehre, die er aber später abbrach, um dann Baggerfahrer zu werden.

Ebenfalls der Mutter zuliebe heiratete er. Sexuelle Kontakte mit der Ehefrau seien nur der Ehefrau zuliebe zustande gekommen. Zu einer Erektion sei es nur durch manuelle Stimulation durch die Ehefrau gekommen. Nach der Geburt des 2. Kindes wurden die seltenen sexuellen Kontakte auf seinen Wunsch ganz eingestellt. Die Unvereinbarkeit zwischen der von ihm erwarteten Rolle als Ehemann und Vater und seinem Wunsch, entsprechend seiner inneren Befindlichkeit als Frau zu leben, führten schließlich zu einem Suizidversuch und einer stationären Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Kurz danach fand die Ehefrau die Frauenkleidung in der Wohnung. Nach einer heftigen Auseinandersetzung kam es zu einem zweiten Suizidversuch und bald darauf zur endgültigen Trennung und Scheidung, da die Ehefrau dem Wunsch ihres Mannes, als Frau zu leben, völlig verständnislos gegenüberstand.

Die früheren ärztlichen Kontakte habe er als wenig hilfreich erlebt. Bereits im Kindesalter suchte die Mutter mit ihrem Sohn eine Universitätsklinik auf mit der Frage, ob ihr Sohn ein Zwitter sei. Später hatte der Patient mehrfach versucht, sich Hormone zu beschaffen. Bei einer genetischen Untersuchung fand sich bei dem völlig gesunden Mann ein Chromosomensatz mit dem Karyotyp 46 XY. Die verschiedenen Ärzte reagierten auf die Problematik des Patienten verständnislos und hilflos und rieten, er solle sich ändern. Auch während der stationären psychiatrischen Behandlung nach dem ersten Suizidversuch kam es nicht zu einer Thematisierung der transsexuellen Entwicklung.

Zum Zeitpunkt der ersten Vorstellung bei uns spielte die genitale Sexualität keine Rolle. Sexuelle Kontakte mit Frauen oder Männern hatte es nach der Ehe nicht gegeben. Wichtiger waren romantische Phantasien, eine Frau zu sein, zu heiraten und Zärtlichkeiten auszutauschen, sowie die Beschäftigung damit, sich weiblich zu kleiden und zu geben.

In der festen Überzeugung, eine Frau zu sein, lehnte der Patient eine psychotherapeutische Behandlung bzw. Bearbeitung seines Wunsches ab und forderte

das nach dem Transsexuellengsetz notwendige Gutachten für die Personenstandsänderung und geschlechtsangleichende Operation, sowie hormonelle Behandlung, Brustaugmentation und die Epilation der Körperbehaarung.

Transsexualismus (F 64.0)

Fallbeispiel 13.2

Die 29jährige unverheiratete Patientin betritt das Untersuchungszimmer etwas schüchtern, sie hat Schwierigkeiten im Gespräch Blickkontakt zu halten und zeigt Verlegenheitsgesten. Sie wirkt sehr gepflegt, die Frisur vielleicht etwas altmodisch.

Sie klagt, daß sie seit mehreren Jahren, vermehrt aber seit einigen Monaten wöchentlich mehrfach Angstanfälle habe. Wenn die Angst käme, müsse sie weglaufen, sie könne nicht im Zimmer bleiben. Sie habe Herzklopfen und bekomme Panikzustände. Alles habe sich so verstärkt, daß sie nicht mehr in der Lage sei, in ihr Büro zu gehen.

Frau St. berichtet über eine Vorgesetzte, unter der sie mehr und mehr leide, die alle Arbeit an sich ziehe, die Patientin und ihre Kolleginnen, also ihre fünf Untergebenen, geradezu schikaniere. Allerdings seien die anderen wohl nicht so beeindruckt davon wie sie. Sie sei überzeugt, wenn überhaupt eine seelische Ursache vorläge, müsse man die Beschwerden auf diese Vorgesetzte zurückführen.

Im darauf folgenden Gespräch berichtet sie über ihren Partner, den sie seit sechs Jahren kennt. Seit 5 1/2 Jahren besteht auch eine intime Beziehung. Es stellt sich heraus, daß er häufiger sexuelle Beziehungen möchte, sie seltener. Sie berichtet dann, daß sie nicht fähig sei, Orgasmus zu erleben außer durch manuelle oder orale Stimulation. Dabei lasse sie nicht zu, daß er sein Glied in ihre Vagina führe, da sie dabei Schmerzen habe. Wenn sie ihre Erregung gehabt habe, dann werde ihr Freund ihr zu viel; auch wenn er noch nicht soweit sei, habe sie keine Lust mehr, sich weiter mit ihm zu befassen. Meist müsse er dann für sich masturbieren. – Die Patientin ist zunächst konsterniert, daß sie nach sexuellen Einzelheiten gefragt wird und meint, daß die Probleme sicherlich nicht mit ihrem Schwindelgefühl zusammenhingen. Sie erzählt dann, daß eine „Schwägerin" von ihr gerade ihr zweites Kind bekommen hat, woraufhin die „Schwiegereltern" meinten „daß es jetzt bei ihnen vielleicht auch bald Zeit für Nachwuchs sei". Daraufhin habe sich ihre Angst verstärkt.

Episodisch paroxysmale Angst (Panikstörung) (F 41.0)
Nichtorganische Dyspareunie (F 52.6)

14 Störungen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein eigenständiges Fach, seit 1968 mit einer eigenen Weiterbildungsordnung. Dennoch werden die Lehr- und Lerninhalte im Unterricht und in vielen psychiatrischen Lehrbüchern bisher noch integriert dargestellt.

Hier wird der Versuch gemacht, den Studenten einen gedrängten Überblick über die vorkommenden Störungen zu geben.

Psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen haben in der Regel viele Ursachen. Diese Erkenntnis führt zu einem mehrdimensionalen Vorgehen in der Diagnostik, Therapie und Rehabilitation und damit zur Arbeit in einem multiprofessionellen Team. Um den vielfältigen Ursachen psychischer Erkrankungen und Störungen im Kindes- und Jugendalter Rechnung zu tragen, arbeiten Ärzte eng mit Diplom-Psychologen, Pädagogen, Bewegungs- und Ergotherapeuten, Diplom-Sozialpädagogen, Musik- und Kunsttherapeuten zusammen.

Die Diagnostik berücksichtigt die vielen verschiedenen Ursachen eines Störungsbildes, indem sechs Einordnungen, sogenannte Achsen nach ICD-10, möglich sind:

1. Die psychiatrische Diagnose,
2. die Beschreibung der Entwicklungsstörung (entsprechend Abschnitt F8 im Anhang A),
3. die Abschätzung des Intelligenzniveaus (entsprechend Abschnitt F7 im Anhang A; zusätzlich hohe und normale Intelligenz),
4. die körperlich-neurologische Symptomatik (entsprechend ICD-10, insbesondere Kapitel VI (G) Krankheiten des Nervensystems),
5. die Erfassung der aktuellen abnormen psychosozialen Umstände (z.B. Disharmonie in der Familie, Verlust einer liebevollen Beziehung, Sündenbockzuweisung durch Lehrer, Migration etc.),
6. die Beurteilung der psychosozialen Anpassung (Skala 0 = hervorragend auf allen Gebieten bis 8 = braucht ständige Betreuung).

In diesem Kapitel werden einerseits spezifische Entwicklungs- und altersbedingte Störungen behandelt, andererseits Störungen, die weite Überschneidungsbereiche mit der Erwachsenenpsychiatrie aufweisen, wobei die Betonung hier auf den kinderpsychiatrischen Besonderheiten liegt. Störungen, die überwiegend Erwachsene betreffen, werden in anderen Abschnitten des Buches abgehandelt. Als Einführung zu empfehlen

sind ein Kapitel Entwicklungspsychologie, ferner tiefen- und verhaltenspsychologische Grundlagen sowie die darauf basierenden Therapien (s. Anhang S. 340). Eine umfassende Darstellung im Vergleich zu diesem kurzen, stichwortartigen Kapitel findet sich z. B. im Lehrbuch von Remschmidt oder dem von Knölker und Schulte-Markwort (s. Literaturverzeichnis)

• • •

STÖRUNGEN AUS DEM BEREICH DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Intelligenzminderung (Oligophrenie)
- Störungen der Körperchromosomen (Autosomen)
- Störungen der Geschlechtschromosomen (Gonosomen)
- metabolisch-genetisch bedingte Intelligenzminderung
- exogene Schädigungen
- weitere (exogene) dementielle Schädigungen
- kindliche Demenzformen

Organisch bedingte psychische Störungen
- organische Psychosyndrome nach frühkindlicher Hirnschädigung
- weitere akute oder chronische Psychosyndrome

Störungen der Motorik und Psychomotorik
- hirntopisch bestimmte Störungen
- universelle Störungen der Psychomotorik
- Hyperkinetisches Syndrom
- umschriebene Störungen der Psychomotorik

Störungen des Sprechens und der Sprache
Teilleistungsschwächen
Störungen im Zusammenhang mit der Schule
Psychosen im Kindes- und Jugendalter
- exogene Psychosen
- Schizophrenie
- affektive Störungen
- Borderline-Syndrom/Grenzpsychose

Tiefgreifende Entwicklungsstörungen
- frühkindlicher Autismus nach Kanner
- autistische Psychopathie nach Asperger
- sonstige Formen

Psychogene Störungen im Kindes- und Jugendalter
Emotionale Störungen im Kindes- und Jugendalter
Störungen des Sozialverhaltens

14.1 Intelligenzminderung (Oligophrenie) (F 7)

Allgemein: Unterdurchschnittliche Intelligenz (früher gängiger Terminus: Schwachsinn – Debilität)[1], entstanden während der Entwicklungsperiode (ererbt oder prä-, peri- oder postnatal) mit der Folge von Beeinträchtigung des adaptiven Verhaltens; geistige Behinderung

Unterschiedliche Schweregrade der Intelligenzminderung werden bestimmt nach gemessenem oder (in schweren Fällen) geschätztem IQ (Tabelle 14.1). Je nach Schweregrad verbunden damit leichte Anpassungsstörungen bis zu schwersten, pflegebedürftigen Zuständen. Inkontinent mit motorischen Stereotypien, ohne Spracherwerb, bei verständnisvoller Pflege oft emotional eher ansprechbar; heilpädagogische Förderung

Intelligenzdefinition problematisch. Am ehesten: angeborene Fähigkeit zu geistiger Leistung und damit Bewältigung von praktischen und theoretischen Aufgaben. – Bestimmung des IQ mit HAWIK (Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder), Binet-Simon-Test oder TBGB (Testbatterie für geistig behinderte Kinder), s. Anhang B

Schulorganisatorisch:
- Lernbehinderung: Sonderschule L/Förderschule
- Geistige Behinderung: Sonderschule G
- Körperbehinderung: (Mehrfachbehinderung) Sonderschule

[1] Man unterschied erethischen und torpiden Schwachsinn (mit gesteigerter und geringer Aktivität)

Intelligenzminderung	IQ	Bezeichnung
Grenzbereich	70–84	Lernbehinderung
leicht (F70)	50–69	Oligophrenie I.Grades (Debilität)
mittelgradig (F71)	35–49	Oligophrenie II.Grades (Imbezillität)
schwer (F72)	20–34	Oligophrenie II.Grades (Imbezillität)
schwerst (F73)	0–19	Oligophrenie III.Grades (Idiotie)

Tabelle 14.1. ICD-10-Klassifikation der Intelligenzminderung

Epidemiologie: Leichte Intelligenzminderung 3–4 %, mittelgradige bis schwerste Intelligenzminderung weniger als 1 %. Insgesamt 5 % der Bevölkerung mit Intelligenzminderung

Ätiologie: bei leichten Formen beträchtliche Umwelteinflüsse, bei schweren Formen organische Ursache, z.B. chromosomale Störungen. In der Mehrzahl bisher keine ätiologische Klärung möglich

Prävention/Therapie: Beratung durch Humangenetiker, Elternberatung; Frühdiagnostik (z.B. Phenylketonurie und Neugeborenenhypothyreose); Frühförderung, Heilpädagogik, Vermeidung von Sekundärschädigungen; Diät bei Stoffwechselstörungen; Besuch von Sonderkindergärten, Sonderschulen, später beschützenden Werkstätten. Nur in schweren Fällen oder bei ungeeigneter familiärer Umwelt Heimunterbringung. Verhaltenstherapie zur Entwicklung lebenspraktischer Fertigkeiten, zum Aufbau eines kommunikativen, sozialen Verhaltens; Lernen in kleinen Schritten

Formen der Intelligenzminderung

Störungen der Körperchromosomen (Autosomen)

- *(Langdon-) Down-Syndrom (Mongolismus)*
  Trisomie 21 (Non-disjunction), D-G-Translokation, Mosaikmongolismus (erblich, selten, 3–4 % der autosomalen Chromosomenstörungen)
  Epidemiologie: stark vom Alter der Mutter abhängig, z.B. ab 45. Lebensjahr 1:30
  Symptome: brachyzephaler Schädel, schräge Lidspalten mit Epikanthus, Hypertelorismus (vergrößerter Augenabstand), flache Nase, Makroglossie, Vierfingerfurche, Gliedmaßen kurz und plump, überstreckbare Gelenke. Psychisch als Kinder gut zu lenken, gutmütig, öfter Probleme in der Pubertät; meist Imbezillität
- *Cri-du-chat-Syndrom*
  Aberration an Chromosom 5
  Symptome: katzenartige Schreie, Mikrozephalie, Oligophrenie

Störungen der Geschlechtschromosomen (Gonosomen)

- *(Ullrich-)Turner (X o-)Syndrom*
  Epidemiologie: selten; 1:5000 weibliche Geborene
  Symptome: Minderwuchsamenorrhoe, Pterygium colli (Faltenhals; pteryx gr. Falte, Flügel), Schildthorax, Herz- und Gefäßmißbildungen
- *Klinefelter-Syndrom (xxy-, xxxy-Syndrom)*
  Epidemiologie: 1:5000 männliche Geborene
  Symptome: nach der Pubertät eunuchoide, feminine Züge, Gynäkomastie, Hodenhypoplasie (klinisch wichtig!), Sklerosierung der Hoden, Störung der Geschlechtsreife, Hochwuchs, Debilität
- *xyy-Syndrom*
  Epidemiologie: 1:1000 männliche Geborene
  Symptome: Minderbegabung, labile Persönlichkeit, Hypogenitalismus
  Marker-X-Syndrom (Syndrom des fragilen X-Chromosoms) Epidemiologie: 1:2000 männliche Neugeborene
  Symptome: Entwicklungsstörung, Hyperaktivität, Mittelgesichtshypoplasie, große Ohren, Hodenvergrößerung

Metabolisch-genetisch bedingte Intelligenzminderung

In diesem Zusammenhang etwa 70 Stoffwechselstörungsarten bekannt; Anhäufung abnormer Stoffwechselprodukte in ZNS-Zellen

- ***Phenylketonurie:*** Störung des Phenylalaninabbaus in Tyrosin durch Enzymmangel. Anhäufung von Phenylalanin und Phenylbrenztraubensäure
  Epidemiologie: 1:10 000, autosomal-rezessiver Erbgang
  Symptome: Krämpfe ab 2. Lebensjahr, häufig Entwicklung einer Oligophrenie; Nachweis von Phenylalanin im Blut durch Guthrie-Test. Ab 6. Woche Fölling-Probe positiv: grüner Farbstoff im Urin durch Zugabe von Eisenchlorid
  Therapie: phenylalaninarme Kost bis etwa 12. Lebensjahr
- ***weitere Störungen:*** Galaktosämie, Ahornsirupkrankheit, Mukopolysaccharid-Speicherkrankheiten, Morbus Gaucher (Zerebrosidlipidose), Niemann-Pick-Krankheit (Sphingomyelinose), Tay-Sachs-Erkrankung (GM 2-Gangliosidose)

Exogene Schädigungen

- ***pränatal:*** Embryopathie durch Infektion der Mutter mit Rötelnvirus, Zytomegalievirus, Toxoplasmose, Listeriose, Lues. Alkoholembryopathie (zunehmende Bedeutung!, Prävention möglich!!). Weitere Noxen: Röntgenbestrahlung, Medikamente, mißlungene Abtreibungen; Sauerstoffmangel durch mechanische Noxen, Fehlbildungen etc.
- ***perinatal:*** O_2-Mangel, Hirnblutungen
- ***postnatal:*** Neugeborenenerythroblastose, Infekte (Enzephalitiden), Ernährungsstörungen

Weitere (exogene) dementielle Schädigungen

Kramer-Pollnow-Syndrom, Tuberöse Hirnsklerose, Wilsonsche Erkrankung, ferner Slow-Virus-Infektionen und früh einsetzende heredodegenerative Erkrankungen

14.2 Organisch bedingte psychische Störungen (F 78)

Organisches Psychosyndrom nach frühkindlicher Hirnschädigung (frühkindlich exogenes Psychosyndrom)

Allgemein: Teilweise Überschneidung mit Abschnitt „Intelligenzminderung“. Neben psychopathologischen Störungen müssen hier aus Gründen der Systematik auch die neurologischen Störungen erwähnt werden. Je früher die Schädigung, um so größer der Schweregrad: von Embryopathie und Schädigung des Fetus bis zum 6. Monat (frühe Schwangerschaft) über frühkindlichen Hirnschaden (späte Schwangerschaft 25 %, Geburt 60 % und 1. Lebensjahr 15 %) zu späterer Schädigung mit Persönlichkeitsstörung

Ätiologie: Fetopathien (z. B. F. diabetica), Gestose, Anämie, Alkoholmißbrauch der Mutter, Sauerstoffmangel, Ernährungsstörung des Säuglings, Icterus neonatorum etc.

Symptome:
- schwere Schädigungen: neurologische Symptome (Spastik), epileptische Anfälle, schwere Intelligenzminderung
- mittelgradige Schädigungen: leichte motorische Behinderung, Intelligenzminderung und Verhaltensabweichungen
- leichtgradige Schädigungen: nur diskrete neurologische Symptome und leichte psychopathologische Auffälligkeiten: Hyperaktivität, psychomotorische Unruhe, Ablenkbarkeit, Teilleistungsschwächen

Therapie: Verhaltenstherapie, (heil-)pädagogische Maßnahmen (Zuwendung und Grenzen setzen!); psychomotorische Übungsbehandlung; Familienberatung; häufig Notwendigkeit der Sprachheiltherapie (Logopädie); gegebenenfalls Ergotherapie, Kunst- und Musiktherapie (Mobilisierung der Stärken des Kindes!). – Medikamentöse Behandlung nur in Ausnahmefällen, z. B. Neuroleptika zeitlich begrenzt

Beispiele für akute oder chronische Psychosyndrome: Nach *Schädel-Hirn-Trauma* (häufig!) organisches Psychosyndrom mit Hirnleistungsschwäche, möglicherweise auch posttraumatische hirnorganische Wesensänderung. Ferner organisches Psychosyndrom bei *Hirntumoren* im Kindesalter sowie nach *entzündlichen Erkrankungen* des Gehirns, des weiteren im Zusammenhang mit *Anfallsleiden*. Die Psychosyndrome können akut oder chronisch verlaufen und unterscheiden sich entsprechend. – Bei Jugendlichen mit *Narkolepsie* Auftreten eines Hypersomniesyndroms. – Bei *Alkoholembryopathie* kraniale Dysmorphie, postnatale Wachstumsverzögerung, Minderbegabung, schmales Oberlippenrot

14.3 Störungen der Motorik und Psychomotorik (F 82)

Hirntopisch bestimmte Störungen

- *Pyramidale Störungen:* Littlesche Krankheit = Diplegie, infantile Hemiplegie, Tetraplegie
- *Extrapyramidale Störungen:* choreatische, athetotische, ballistische Bewegungen, Hyper-, Hypo- und Akinese
- *Zerebelläre Störungen:* Ataxie, Dysdiadochokinese, Kleinhirnhypotonie

Universelle Störungen der Psychomotorik, psychomotorischer Entwicklungsrückstand

Motorische Ungeschicklichkeit, Koordinationsstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Fehlintegration der Motorik

Therapie: Wahrnehmungstraining und psychomotorische Übungsbehandlung

Hyperkinetisches Syndrom

Allgemeines: Auftreten der Störung meist in den ersten fünf Lebensjahren; im Schulalter 3–5 % der Kinder, mehrfach häufiger bei Knaben; später überzufällig häufig Entwicklung von dissozialem Verhalten
Ätiologie primär biologisch, uneinheitliche Theorien. Häufig Überschneidung mit frühkindlichem exogenem Psychosyndrom
Klassische Beschreibung (1845): der Zappel-Philipp im Struwelpeter von Heinrich Hoffmann (Psychiater in Frankfurth a. M.)

Symptome: Wahrnehmungsstörungen; erhöhte Ablenkbarkeit, Aufmerksamkeitsstörungen, Irritierbarkeit; motorische Aktivität und Impulsivität; Stimmungsschwankungen, geringe Frustrationstoleranz. Sekundär Anpassungsprobleme im Kindergarten, Schulschwierigkeiten und Störungen des Sozialverhaltens. In vielen Fällen Kombination mit Teilleistungsschwächen, vor allem in der Sprech- und Sprachentwicklung und der Motorik. Sekundäre Neurotisierung

Therapie: Psychotherapie; Psychostimulanzien (Amphetamine oder Methylphenidat (Ritalin® mit paradoxer Wirkung; keine Suchtgefahr!, evtl. Appetitstörungen). Elterntraining, Verhaltenstherapie

Umschriebene Störungen der Psychomotorik (zur Chronifizierung neigend)

- *Ticstörungen:* automatische, rasche Muskelzuckungen, öfter im Augenbereich
- *Gilles-de-la-Tourette-Syndrom:* motorische Tics (Blinzeln, Grimassieren, Räuspern etc.), Koprolalie (Phonationstic mit Fäkalausdrücken) und Echolalie. Tics sistieren im Schlaf; ätiologisch wohl erbliche Komponente, chronischer Verlauf häufig
- *Schreibkrampf:* auf die Tätigkeit des Schreibens begrenzte Störung; unklare Ätiologie
- *Jactatio capitis et corporis:* motorische Stereotypien wie Schaukelbewegungen und stereotype Gesten

14.4 Störungen des Sprechens und der Sprache (F 80)

Sprechstörungen

- ***Stottern (Stammeln; Balbuties – balbutio lat. Stottern)***
  Epidemiologie: Entwicklungsstottern im 3.–5. Lebensjahr (bei 5 %) nicht pathologisch, späteres Auftreten pathologisch. Knaben häufiger betroffen als Mädchen
  Ätiologie: mehrere Faktoren wie Umwelteinflüsse (mangelnde Sprachvorbilder), hirnorganische Schädigungen, selten Erbeinflüsse, Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderung (Minderbegabung), Angst als psychogener Faktor
  Symptome:
  - klonisch: bei Sprechbeginn Buchstaben-, Silben- und Wortwiederholungen
  - tonisch: Blockierung beim Sprechablauf mit Anspannung von Gesichts- und Halsmuskulatur, u. U. begleitet von Rumpf- und Armbewegungen, Schmatz- und Schluckgeräusche
  - Beachte im Gegensatz zum Poltern (s. u.) beim Stottern Verstärkung durch Aufmerksamkeit

  Therapie: Elternberatung (Symptome nicht beachten, ruhig zuhören!). Übungen (Atem, Entspannung, Rhythmik), Psychotherapie, nur in Ausnahmefällen zusätzlich Medikamente
- ***Poltern*** (Tachyphemie)
  Ätiologie: genetisch, hirnorganisch, psychogen
  Symptome: Störung des Sprechablaufs; Verschlucken von Lauten, Silben und Wörtern; hastiger Redefluß; Verbesserung der Sprechfähigkeit bei Aufmerksamkeit

- ***Dysarthrie***
  Sprechstörung zentral durch Schädigung von Kernen oder Bahnen oder auch peripher verursacht; kloßige, verwaschene, verlangsamte Sprache
- ***Mutismus***
  Sprechverweigerung bei zuvor vorhandener Sprache und Sprechfähigkeit; meist im Vorschulalter
  Symptome:
  - elektiver Mutismus: Sprechverweigerung in Belastungssituationen und gegenüber Fremden, Kind spricht nur mit engen Bezugspersonen; meist psychogen
  - totaler Mutismus: völliges Verstummen bei Psychosen, nach schwerem Trauma, als hysterische Reaktion

Sprachentwicklungsstörungen

Allgemein: fehlende oder verzögerte Sprachentwicklung (betrifft Phonation, Artikulation, Wortschatz, Grammatik und Syntax), bei Rückständen ab $2\frac{1}{2}$–3. Lebensjahr

Epidemiologie: bei 3–4 % der Kinder im Einschulungsalter; bei Jungen 2- bis 3mal häufiger

Ätiologie: Minderbegabung; ferner bei frühkindlichem Autismus, Hörschäden, negativen Umwelteinflüssen z. B. familiäre Sprachschwäche. Oft kombiniert mit multiplen Entwicklungsrückständen, hyperkinetischen Syndromen, emotionalen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens (auch sekundär!)

Formen der Sprachentwicklungsstörungen:
- ***Dyslalie (Stammeln):*** fehlerhafte Laut(Phonem-)bildung, physiologisch von 2–4 Jahren: Austausch von Konsonanten z. B. D statt G und T statt K; später behandlungsbedürftig
  Symptome: Artikulationsstörung mit Fehlbildung oder Fehlen einzelner Laute und Lautverbindungen wie z. B. Sigmatismus (Lispeln), Rhotazismus (Störung des R-Lautes)
- ***Dysgrammatismus, Agrammatismus:*** Durchgangsphase in der normalen Entwicklung; nach dem 4. Lebensjahr behandlungsbedürftig
  Symptome: grammatisch entstellte Sprache, verbindungslose Wortreihen, Infinitiv-Sätze, Einwort-Sätze
- ***Hörstummheit (Audimutitas):*** Extremform der Sprachentwicklungsverzögerung: über das 3. Lebensjahr bestehende Stummheit trotz Hörfähigkeit und normaler Intelligenz

  Symptome:
  - motorische Audimutitas bei Sprachverständnis
  - sensorische Audimutitas mit Sprachverständnisschwierigkeiten

  Unterscheide:
  - Mutismus: Patient ist stumm geworden
  - Audimutitas: Patient hat noch nie gesprochen (frühkindlicher Hirnschaden; Hörvermögen intakt)
  - Taubstummheit (Surdomutitas, Hörvermögen fehlt, keine akustisch evozierten Potentiale!)

Sprachabbau- und Sprachverlustsyndrom

Ätiologie: nach Schädel-Hirn-Traumen, vor allem bei Verkehrsunfällen, Gefäßerkrankungen, Tumoren etc.; Sprachabbausyndrome bei kindlichen Demenzprozessen, z. B. bei Stoffwechselstörungen, auch bei kindlicher Schizophrenie

Formen:
- *Wortfindungsstörungen* (auch psychogen; ausgeprägt als amnestische Aphasie – mit semantischen Paraphasien)
- *motorische* (Broca) *oder sensorische* (Wernicke) *Aphasie* (Aphasie: Verlust früher vorhandener Sprachfähigkeit meist durch Schädigung kortikaler Zentren); in abgeschwächter bzw. gebesserter Form: Dysphasie

Therapie

Bei sämtlichen Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen logopädische Behandlung (Logopädie – medizinischer Heilhilfsberuf, in Abgrenzung zur medizinischen Teildisziplin Phoniatrie); Förderung von Sprache mit Sinneswahrnehmung, Gefühlserfahrung in sprachmotivierender Situation; psychotherapeutische Elemente, ggf. auch Überwiegen der Psychotherapie, Vermeidung negativer Verstärkungen; Vermeidung sekundärer Verhaltensstörungen und Prävention von späterem Schulversagen

14.5 Teilleistungsschwächen (F 81)

Allgemein: umschriebene sensorische, kognitive und andere Leistungsausfälle bei durchschnittlicher oder überdurchschnittlicher Intelligenz; oft in Kombination mit hyperkinetischem Syndrom im Rahmen eines

leichtgradigen, organischen Psychosyndroms bei frühkindlicher Hirnschädigung; zur Vermeidung von Chronifizierung frühzeitige Feststellung und Behandlung!

Unterscheide: zentrale und periphere Störungen

Diagnostische Hinweise durch akustische Differenzierungsschwäche im Unterricht oder visuelle Gestalterfassungsschwäche im Test

Wahrnehmungsstörungen

Störungen der sensorischen Integration: Lokalisation taktiler Reize, Rechts-Links-Diskrimination, Position im Raum

Störungen der visuomotorischen Koordination

Störungen der Raumlage und räumlicher Beziehungen von Figur-Grund-Wahrnehmung (Unterscheidung von wesentlichen und unwesentlichen Reizen), der Wahrnehmungskonstanz (Wiedererkennen)

Legasthenie (F 81.0)

Lese-Rechtschreib-Schwäche bei 3–7 % der Grundschulkinder (Jungen mehrfach häufiger als Mädchen; seltener bei lautsynthetischem Lernen, öfter bei der Ganzwortmethode)

Ätiologie: nicht eindeutig geklärt; diskutiert werden psychogene Faktoren, auch erbliche Formen mit familiärer Häufung, frühkindliche Hirnschädigung

Symptome:
- Nichterfassen bestimmter Buchstabenkonstellationen, fehlende simultane Gestalterfassung
- Buchstabenvertauschen, Verdrehungen von Worten oder Wortteilen
- Weglassen oder Hinzufügen von Silben

Schwerpunkt im Lesen *oder* im Schreiben. Oft verbunden mit auditiven oder optischen Wahrnehmungsdefiziten, mit Störung der Lateralisation (Sinnfehler), seltener auch Sprachentwicklungsstörungen und Sprechstörungen. Bei non-verbalem Intelligenztest Normalbefund. Begleitend oft auch emotionale Störungen und Störungen des Sozialverhaltens. – Langfristig bleibt oft Rechtschreibschwäche bestehen

Therapie: Frühzeitige Behandlung (gezielte Trainingsprogramme!) pädagogische Maßnahmen (Verbleiben im Klassenverband); nach kin-

derpsychiatrischer Bestätigung keine Benotung der Rechtschreibfertigkeiten der Legastheniker; zusätzlicher Spezialunterricht, Vermeidung negativer Konditionierung. Evtl. Psychotherapie; Familienberatung!

Rechenschwäche (Dyskalkulie) (F 81.2)

Schwierigkeiten im abstrakten Denken und im räumlichen Vorstellen, ohne Nachweis einer umschriebenen gestörten Hirnfunktion

divide: schwerste Dyskalkulie und Akalkulie bei hirnorganischer Ursache, z. B. Folge von Hirntrauma

14.6 Sonstige Störungen im Zusammenhang mit der Schule

Auftreten von Leistungs- und Lernstörungen aller Art, einschließlich Legasthenie und Dyskalkulie sowie emotionalen Störungen im Sinne der Schulverweigerung (Schulphobie, -angst, -schwänzen) bei insgesamt etwa 20 % der Grundschüler

Bei allen Schulstörungen ist neben Exploration des Kindes und seiner Bezugspersonen die zusätzliche Durchführung von Testdiagnostik (z. B. Intelligenztest, Schulreifetest, Schulleistungstest, Selbstbeurteilungsfragebogen, z. B. Angstfragebogen) wichtig (s. Anhang B)

Formen:
- *Lern- und Leistungsstörungen:* beispielsweise Konzentrationsstörungen bei Kindern mit Hyperaktivität, Wahrnehmungsstörungen und Sprachentwicklungsstörungen
- *Schulphobie:* Bezeichnung mißverständlich! Trennungsangst bei oft überfürsorglicher Mutter; Befürchtung, der Mutter könne etwas zustoßen; Persistenz der Mutter-Kind-Symbiose. Öfter somatische Beschwerden
- *Schulangst:* traumatische Erlebnisse in der Schule oder eigene physische oder psychische Insuffizienz. Vermeidung und Rückzugsverhalten. Gelegentlich auch Ursache für umschriebene Ausfälle
- *Schuleschwänzen:* Schulbesuch wird negativ erlebt, jedoch keine Angst, statt Unterricht lustbetonte Verhaltensweisen, dissoziale Tendenzen; zuhause Vernachlässigung; Identitätsprobleme

Therapie: nach Analyse der Situation des Kindes pädagogische oder psychotherapeutische Maßnahmen unter Einbeziehung der Eltern, aber auch der Bezugspersonen in der Schule

Therapieschwerpunkt liegt:
- bei Versagen wegen intellektueller Leistungsunfähigkeit und partieller Begabungsmängel auf zusätzlichem Unterricht, ggf. Umschulung
- bei Schulphobie auf Familienpsychotherapie
- bei Schulangst auf psychotherapeutischen Gesprächen (Ausgleich der vom Kind gespürten Ausfälle)
- bei Schuleschwänzen auf pädagogischen Maßnahmen

14.7 Psychosen im Kindes- und Jugendalter

Exogene Psychosen (F 06)

Kein prinzipieller Unterschied zu exogenen Psychosen im Erwachsenenalter (s. Kap. „Körperlich bedingte psychische Störungen", S. 47 ff.)

Ätiologie: Schädel-Hirn-Trauma, Intoxikationen, Hirntumoren, internistische Erkrankungen etc.

Symptome bei akuten Psychosen:
- Bewußtseinsstörung
- Desorientiertheit
- produktive Symptome (insbesondere optische Halluzinationen)

Symptome bei chronischen Psychosen:
- (im Sinne des chronischen organischen Psychosyndroms) mnestische Störungen
- Depressionen
- chronifizierter Wahn
- Wesensänderung, Persönlichkeitsabbau

Schizophrenie (F 20)

Epidemiologie: im Kindesalter und in der Präpubertät seltene Erkrankung, in der Adoleszenz vergleichsweise häufig; Beginn vor dem 14. Lebensjahr bei nur 4 % aller schizophrenen Erkrankungen, vor dem 10. Lebensjahr bei weniger als 1 %. Unter Krankenhausaufnahmen weniger als 5 % aller in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Aufgenommenen

Ätiologie: analog zur Erwachsenenschizophrenie polyätiologischer Erklärungsansatz mit Schwergewicht auf biologischen Faktoren

Symptome: (allgemein gilt: je jünger die Kinder, um so weniger Ähnlichkeit mit der Erwachsenenschizophrenie):
- *Schulalter*
  - schleichender Beginn, produktive Symptome fehlen oft
  - Knick in der Entwicklung
  - regressive Symptome, Enkopresis, Enuresis, Exhibitionismus
  - allgemeine körperliche Beschwerden
  - motorische Stereotypien, Sprachstörungen, Gehemmtheit
  - Ängste, Zwangsphänomene, Stimmungslabilität, Depression
  - gelegentlich Auftreten von Wahn (Schuldwahn, Vergiftungswahn) und Halluzinationen, in der Pubertät zunehmend produktive Symptome
- *Jugendalter*
  Angleichung der Symptomatik an die Erwachsenenschizophrenie; im Vorfeld uncharakteristische Störungen wie bei Pubertäts- und Adoleszentenkrisen:
  - Depersonalisation, Derealisation
  - Protesthaltung, Trotzreaktionen, unerklärliche Aggressionen
  - Schulversagen
  - dissoziale Handlungen

Diagnose: oft erst aus dem *Verlauf* zu stellen:
- Manifestation der Psychose *schleichend:* Hebephrenie oder Schizophrenia simplex
- Manifestation der Psychose *akut:* Katatonie oder paranoid-halluzinatorische Schizophrenie
- bei *einmaliger* Manifestation: eher psychogene Psychose, psychotische Dekompensation bei Reifungskrise o. ä.

bei geistig behinderten Kindern zusätzlich auftretende schizophrene Psychose: sog. Pfropfschizophrenie (ungünstige abwertende Wortbildung!), oft reaktiv ausgelöst

Prognose: bei Beginn vor dem 10. Lebensjahr recht ungünstig; Zwangssymptome prognostisch eher günstig

Therapie: analog der Erwachsenenschizophrenie; zusätzlicher Akzent auf Heilpädagogik

Affektive Störungen (F 3)

Bipolare oder monopolare Psychosen mit manischem und/oder depressivem Gepräge. Sehr selten im Kindesalter (kaum vor dem 10. Lebens-

jahr); selten bei Jugendlichen. Depressionen mit Dysphorie, Somatisierung, Kontaktstörungen

Differentialdiagnose:
- *frühinfantil:* anaklitische Depression als Deprivationssyndrom infolge von schweren Verlust- und Versagungserfahrungen
- *im Vorschulalter:* „larvierte" Depressionen mit Ängsten und psychosomatischen Reaktionen als Reaktion auf Trennung
- *im Grundschulalter:* reaktive Depression, verursacht u. a. durch Konflikte oder Überforderung im Elternhaus oder in der Schule
- *in der Pubertät:* Krisen, Weltschmerz und depressive Verstimmungen, häufig auch Suizidalität!
- *bei Jugendlichen:* nicht selten Depression im Vorfeld schizophrener Psychosen, öfter mit Wahnstimmung und Entfremdungsgefühlen verbunden

Therapie: entsprechend der Art der Depression psychotherapeutisch, pädagogisch oder somatisch

Borderline-Syndrom/Grenzpsychose (F 60.31)

Unterschiedlich häufig diagnostiziertes, unscharf begrenztes Krankheitsbild (Cave: Sammelbecken!) (s. S. 159); häufig günstigere Diagnosenbezeichnung: Persönlichkeitsentwicklungsstörung

Symptome: destruktive Impulse, aggressive Durchbrüche, Idealisierungen, projektive Identifikation, Spaltung als Abwehr z. B. in Gut und Böse, Depersonalisation, Derealisation. Manchmal kurze psychotische Episoden, ansonsten wechselnde neurotische Symptome

14.8 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F 84)

Frühkindlicher Autismus nach Kanner (F 84.0)

Schwere Störung emotionaler und motorischer Entwicklung mit starker Abkapselung der Kinder; Kontakt- und Wahrnehmungsstörung

Epidemiologie: 2–4 auf 10 000 Kinder; bei Jungen 3mal häufiger als bei Mädchen; Beginn vor dem 30. Lebensmonat

Ätiologie: unterschiedliche Theorien; genetische Mitursachen, biologische Faktoren, auch psychodynamische Interpretationen möglich

Symptome:
- Auftreten bereits wenige Monate nach der Geburt, kein soziales Lächeln, keine Reaktion auf Zuwendung der Mutter
- Kinder starr und emotionslos, Spielstörungen
- Veränderungsängste
- verbale und Handlungsstereotypien, Verhaltensrituale
- Wahrnehmungsschwäche
- motorische Koordinationsschwäche
- intellektueller Rückstand; in drei Viertel aller Fälle deutliche Intelligenzminderung
- schwere Sprachentwicklungsstörung: zunächst motorische Entwicklung, dann (falls überhaupt) verspätete Entwicklung der Sprache, Phonographismus (Wiederholen von Vorgesprochenem), Neologismen
- starke Abkapselung
- defizientes Ich-Bewußtsein, pronominale Umkehr („ich" wird zu „du" – „du" wird zu „ich")

Therapie: Verhaltenstherapie, Heilpädagogik, ggf. Sprachheilbehandlung; Therapieplan in Absprache mit den Eltern; evtl. zusätzlicher Einsatz von Psychopharmaka; oft lebenslange Behinderung

Autistische Psychopathie nach Asperger (F 84.5)

Auffallend frühe sprachliche und späte motorische Entwicklung; frühsprachliche und intellektuelle Entwicklung zunächst unauffällig. Autismus wird erst im Kleinkindalter deutlich

Epidemiologie/Ätiologie: Vorkommen fast nur bei Knaben; in der Familie häufig autistisch-schizoider Vater, Mutter oft unauffällig

Symptome: motorische Ungeschicklichkeit, repetitive stereotype Verhaltensmuster, Sprache mit Wortschöpfungen, Sonderinteressen und Spezialkenntnisse, keine synthetischen Intelligenzleistungen; Störungen der Kommunikation

Therapie: Verhaltenstherapie, motorisches Training, Psychotherapie; Musiktherapie; Familientherapie

Prognose: günstiger als beim frühkindlichen Autismus

Rett-Syndrom (F 84.2)

Bei Mädchen nach scheinbar normaler früher Entwicklung Krankheitsbeginn zwischen 7. und 24. Lebensmonat; ungünstige Prognose

Symptome: Verlust erworbener sprachlicher und manueller Fähigkeiten, Verlangsamung des Kopfwachstums, Ataxie.

Charakteristisch: stereotype windend-wringende Händewaschbewegungen; exzessives Sabbern und Bespeicheln der Hände; leeres „soziales Lächeln".

Desintegrative Störung des Kindesalters (Dementia infantilis, Heller-Syndrom) (F 84.3)

Abbau und Rückbau bereits erreichter Entwicklungsstufen im 3. und 4. Lebensjahr; Ursache unbekannt, Prognose meist schlecht

Symptome: Sprachverlust, Verhaltensdesintegration, Wesensänderung im 3. und 4. Lebensjahr, u. U. neurologische Symptome (begleitende Enzephalopathie)

Divide: Psychogener Autismus bei Deprivation; somatogener Autismus bei Oligophrenie; Pseudoautismus bei blinden und gehörlosen Kindern

14.9 Psychogene Störungen im Kindes- und Jugendalter

Psychogene Störungen zeigen auch im Kindesalter ein weites Spektrum von Symptomen, beispielsweise Bettnässen, Schlafstörungen, Ambivalenz zwischen Angst und Kontaktsuche. Immer ist das häusliche oder das Heimmilieu genau zu betrachten.

Anaklitische Depression

Vorbemerkung zu *psychischer Deprivation* im Säuglings- und frühen Kleinkindalter: für die frühkindliche Entwicklung ist das Erleben einer konstanten Beziehung zur Mutter oder Pflegeperson entscheidend. Primärbeziehung im 1. Lebensjahr; Beziehungsstörung als mögliche Ursache für spätere neurotische und psychosomatische Störungen (vgl. historisch berühmtes Experiment Friedrichs II. von Hohenstaufen: alle Säuglinge, die nur ernährt, deren Pflegern jedoch Zuwendung und Sprechen verboten war, verstarben. In neuerer Zeit Beobachtungen von René Spitz[1] an deprivierten Säuglingen und Beschreibung der anaklitischen Depression und des Hospitalismussyndroms)

Epidemiologie: in sozial depriviertem Milieu, in Heimen und Krankenhäusern; in westlichen Ländern gegenwärtig seltener voll ausgebildetes Hospitalismussyndrom, eher leichtere Form des chronischen Frustrationssyndroms, Frühkindliche Gedeihstörung mit Entwicklungsverzögerung (stets auch Prüfung der Frage von Mißhandlungen)

Symptome: in den ersten Monaten Schreien und Protest, später Kontaktverweigerung. Schlafstörungen, Infektanfälligkeit, starrer Gesichtsausdruck, Lethargie

Verlauf: ab 5. Monat irreversible Schädigung: Syndrom des psychischen Hospitalismus mit Entwicklungsrückstand (atypische Bewegungen, Jaktationen, Marasmus)

Therapie: Beseitigung der schädlichen Situation, dann u. U. langwierige pflegende Therapie. Primärprävention entscheidend!

Sonstige Symptome im Kleinkind- und Kindesalter

- *Enuresis (F 98.0):* Einnässen bei Kindern über 4 Jahren (üblicherweise im 3. Lebensjahr trocken)
  Epidemiologie: Enuresis bei 10 % aller 4jährigen Kinder, bei 1 % der Erwachsenen; häufiger bei Jungen
  Ätiologie: psychogen, familiär gehäuft (Erforschung der Familiendynamik!; genetisch bedingte Reifungsstörung diskutiert). Regressive Symptome als Reaktion auf Trennung von einer Bezugsperson, Geburt eines Geschwisters oder erzwungene zu frühe Reinlichkeitserziehung. Entwicklungsrückstand, Anomalie der ableitenden Harnwege (organische Ursachen: ca. 20 %! z. B. Spina bifida, Urethraanomalien, Harnwegsinfektion, Diabetes mellitus, Epilepsie)
  Formen:
  - *Enuresis persistens:* meist primäre Form der Enuresis mit nächtlichem Einnässen (E. nocturna, Bettnässen), Kind war noch nie trocken
  - *Enuresis aquisita:* sekundäre Enuresis nach Trockenheit von etwa 1 Jahr
  - *Enuresis diurna (Hosennässen):* seltener, Einnässen mehrfach am Tage

[1] Spitz R (1992) Vom Säugling zum Kleinkind, 10. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart

Therapie: Klärung der Ursache; Blasentraining, Verhaltenstherapie (Klingelton bei nassem Bett; Verstärkungsprogramm); evtl. als Adjuvans Imipramin (Tofranil®) niedrig dosiert; in schwierigen Fällen Kinderpsychotherapie; Familiengespräche; meist gute Prognose

- ***Enkopresis** (F 98.1)(kopros gr. Kot):* Einkoten in die Windel bzw. Hose bei Kindern über 4 Jahren (Sauberkeit üblicherweise im 3. Lebensjahr) u. U. Kotschmieren
  Epidemiologie: 1,5 % der Kinder vom 7.–9. Lebensjahr; 10mal seltener als Enuresis; häufiger bei Knaben
  Ätiologie: psychogen: Verlusterlebnisse; Übergefügigkeit gegenüber dominanter, fordernder Mutter, Furcht vor allzu fordernder Sauberkeitserziehung; Aggressionshemmung; pathologische Familieninteraktionsmuster
  Symptome der Encopresis persistens oder Verlust der bereits erworbenen Stuhlkontrolle: Willkürliches oder unwillkürliches Einkoten meist tagsüber als Stuhlabsetzen oder Kotschmieren. Keine Wahrnehmung des Stuhldranges; u. U. auch Überlaufinkontinenz. Kinder versuchen, das Symptom zu verbergen, verstecken die Unterwäsche. Gelegentlich anale Autostimulation oder Masturbation
  Differentialdiagnose: idiopathisches Megakolon, Rückenmarkstumoren, Spina bifida, Rektumstenose, Obstipation
  Therapie: Psychotherapie, Verhaltenstherapie
- ***Chronische Obstipation:*** häufig als Ausdruck des Kampfs des Kindes um gewisse Autonomie, z. B. bei Fehlverhalten der Mütter (Versuch, den Trotz des Kindes zu brechen, zu starke Kontrolle); Obstipation auch bei Kindern mit Enkopresis
- ***Autoerotische Betätigung:*** Schaukeln (Jaktationen von Kopf oder Rumpf), Kotspiele und Spiele am Genitale
  pathologisch nur dann, wenn beherrschend, ansonsten physiologischer, phasenabhängiger Durchgang
- ***Nägelkauen, Daumenlutschen, Trichotillomanie (Haareausreißen), Stottern, Affektkrämpfe:*** Symptome mehrdeutig: vorübergehende Störung ohne Krankheitswert oder Symptom einer ernsthaften Erkrankung (z. B. Autismus), je nach Gesamtbefund des Kindes und Familienpathologie
- ***Pica** (F 98.3):* anhaltender Verzehr nicht eßbarer Substanzen (Schmutz, Farbschnipsel etc.)
- ***Schlafwandeln (Somnambulismus)**:* s. S. 171

14.10 Emotionale Störungen im Kindes- und Jugendalter (F 93)

Entsprechend den Störungen im Erwachsenenalter nach Symptomatik eingeteilt; hier nur kurze Erwähnung!

Depressive Verstimmungen

Ätiologie: häufig versagender und autoritärer Erziehungsstil mit depressiver Ideologie in der Familie: Aggression nicht möglich!

Symptome: im Schulalter ängstliche Verstimmung, Niedergeschlagenheit, Spielhemmung; Störung von Konzentration und Ausdauer; unerwartete Aggressionen; regressive Symptome wie Nägelknabbern, Daumenlutschen, Naschsucht, Enuresis und Enkopresis; Vorwurfshaltung und Klagen!

Angststörungen und Phobien

Angst: diffus frei flottierend oder anfallsartig bis zur Panik, daneben vegetative Symptome; Pavor nocturnus; kein ersichtlicher Grund oder Anlaß. Familiärer Hintergrund oft überbehütend, zwanghaft-ängstlich. Unterschiedlich häufig je nach Alter: Trennungsängste beim Kleinkind, zwangsähnliche Rituale bei Schulkindern zur Vermeidung von Angst

Achtmonatsangst: (Fremdeln; Xenophobiereaktion) physiologisch

Phobien: abnorme Furcht vor bestimmten Objekten oder Situationen; begleitet von vegetativen Symptomen; im Vorschulalter öfter Zoophobien; Therapie: systematische Desensibilisierung

Zwangsstörungen

Mit Zwangsgedanken, -handlungen, -antrieben; Ähnlichkeit mit rituellen Handlungen. Viele Kinder bilden vorübergehend Rituale aus wie Zählen, bestimmte Wege gehen, nur auf Platten treten, die einer bestimmten Ordnung folgen etc. In anderen Fällen schwere pathologische Entwicklung. Gelegentlich Kombination mit Ticerkrankungen. Knabenwendigkeit

Hysterie, dissoziative Störungen

Konversionssymptome wie im Erwachsenenalter; bei Kindern häufiger Dämmerzustände mit dranghaftem Weglaufen

Therapie: analytisch orientierte Psychotherapie, Familientherapie; evtl. Antidepressiva; bei Angst- und Zwangsstörungen Verhaltenstherapie

Psychoreaktive Störungen

Psychogene Reaktionen entweder als akute Belastungsreaktionen oder als länger dauernde Anpassungsreaktionen

Symptome: Angstzustände, Depressionen, Bewußtseinsstörungen, Mutismus

wichtig: Zusammenhang mit psychischem Trauma oder Belastung; Dauer der Symptome um so kürzer, je jünger das Kind

In diesem Zusammenhang ebenfalls wichtig *Kindesmißhandlung:* bei kleineren Kindern oft körperliche Mißhandlung (Battered-Child-Syndrom!), im Schulalter oft zusätzlich seelische Mißhandlungen, auch in Form von „Strafen" gekleidet: Liebesentzug aller Art wie Einsperren, Nahrungsentzug etc., daher bei körperlicher Untersuchung an Kindesmißhandlung denken! (Angehörige vertuschen die Situation oft). Auch an die Möglichkeit sexuellen Mißbrauchs muß gedacht werden, wobei andererseits auch vor leichtfertigen Spekulationen in dieser Richtung gewarnt werden muß

Weitere Symptome können *psychoreaktiv* auftreten, von denen einige bei vielen Kindern auch *phasenspezifisch* vorkommen (in diesen Fällen keine Behandlung erforderlich!): Weglaufen (z. B. in Pubertätskrisen; bei Anfallsleiden unbewußt, dranghaft als Fugue), Lügen (extrem als Pseudologia phantastica), Stehlen, Zündeln, Aggressivität, Mutismus, Trichotillomanie (Haarausreißen), Pica (Kind nimmt alles in den Mund, auch Ungenießbares), Onychophagie (Nägelkauen), Daumenlutschen, Schlafstörungen (Einschlaf-, Durchschlafstörungen, Schlafwandeln, Somnambulismus, Pavor nocturnus), Enkopresis, Enuresis, Eßstörungen (Adipositas, Anorexie, Bulimie), Obstipation, Colitis ulcerosa, Asthma bronchiale

Therapie: Psychotherapie, Familientherapie; evtl. Sorgerechtsentziehung, Wiederholungsrisiko ausschließen!

Pubertäts- und Reifungskrisen in der Adoleszenz

Während Pubertät und Jugendalter ohnehin viele Schwierigkeiten bei Identitätsfindung, zugespitzt in krisenhaften Phasen: Umwelteinflüsse und schwierige persönliche Situationen, besonders Sexual- und Bindungsprobleme, aber auch Leistungsfragen, Autoritätskonflikte, Berufsfindungsprobleme etc. Quälende Suche nach individueller Identität, Unsicherheit über Triebwünsche und Geschlechtsrolle, Onanieskrupel, Beziehungsgedanken (bis zum Wahn), Erythrophobie, Entfremdungserlebnisse, auch kurzdauernde psychotische Episoden.

- Suizide und Suizidversuche: Suizid bei männlichen Jugendlichen über 15 Jahren eine der häufigsten Todesursachen; Suizidversuche häufiger von Mädchen durch Intoxikation in der familiären Wohnung. Kinder immer öfter betroffen. Stets Suizidrisiko im Auge behalten!

14.11 Störungen des Sozialverhaltens (F 91)

Dissozialität und Verwahrlosung als untaugliche Reaktion auf Probleme und Konflikte – keine psychiatrische Erkrankung! Soziologische Begriffe! Ursachen polyätiologisch! Auftreten innerhalb und außerhalb des familiären Rahmens, bei vorhandenen oder bei fehlenden sozialen Bindungen; nicht selten in Kombination mit emotionalen Störungen (F 92)

- ***Dissozialität:*** gestörte Gemeinschaftsfähigkeit mit Verstößen gegen gesellschaftliche Regeln (Gesetze) oder herrschende Moral
- ***Verwahrlosung:*** sozialwidriges Verhalten aufgrund einer gestörten Persönlichkeitsstruktur (Labilität, Impulsivität, Aggressivität); Dissozialität als der umfassendere Begriff!
- ***Delinquenz:*** verwendet im Zusammenhang mit kindlichen Delikten, bei denen gegen bestehende Gesetze und Vorschriften verstoßen wird; oft in Zusammenhang mit einer Verwahrlosungsentwicklung. Strafverfolgung kann erfolgen

Symptome: destruktives Verhalten, Aggression, Wutausbrüche, Schuleschwänzen, Diebstahl, Lügen, Erziehungsprobleme, Beziehungsabbrüche, Alkohol- und Drogenmißbrauch und -abhängigkeit (Schnüffelsucht, Spielsucht); u. U. Zusammenhang mit hyperkinetischem Syndrom

Hartmann (1977)[1] unterscheidet 3 *Verwahrlosungssyndrome:*

- Instabilitätssyndrom (Depressivität, Ausweichen etc.)

[1] Hartmann K (1977) Theoretische und empirische Beiträge zur Verwahrlosungsforschung. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

- Asozialitätssyndrom (Schule schwänzen, Bummeln, Alkohol)
- Kriminalitätssyndrom (eindeutige Aggression gegen Personen und Sachen, u. U. Delinquenz vor dem 14. Lebensjahr)

Bei männlichen Jugendlichen Überwiegen von Eigentumsdelikten; bei weiblichen Jugendlichen Überwiegen von Herumtreiben, oft wechselnde Sexualpartner, Prostitution

Therapie: Beeinflussung des Milieus (!), Familientherapie, pädagogische Maßnahmen; in der Klinik schwierige Patienten, da meist erzwungene Behandlung

Fallbeispiele

Fallbeispiel 14.1

Der 6jährige Kai wird in der kinderpsychiatrischen Ambulanz vorgestellt. Er falle durch lebhaftes, zappeliges, clownhaftiges Verhalten auf, er provoziere andere Kinder, bedürfe ständiger Einzelbetreuung. Die Eltern beschreiben Kai als äußerst vital, sehr lebhaft. Kai kenne keine Ängste, könne Risiken nicht einschätzen, er sei extrem ablenkbar und könne sich wenig konzentrieren. So irritiere er gelegentlich seinen Vater, der gerne mit ihm Fußball spiele. Mitten im Spiel könne Kai an ihm „vorbeisausen", der Vater sei momentan völlig uninteressant, Kai interessiere sich dann urplötzlich für irgendetwas anderes, es könne ein Stein oder ein Stock sein.

In der Untersuchungssituation wirkt Kai äußerst lebhaft, expansiv, er wechselt sehr schnell sein Interesse, ist ständig in Bewegung. Von der Grundstimmung her überwiegend fröhlich, leicht distanzlos.

Bei der neurologischen Untersuchung fallen deutliche Defizite in den Koordinations- und Gleichgewichtsleistungen auf.

Die testpsychologische Untersuchung macht deutlich, daß Kai über eine normale Grundintelligenz verfügt. Auffällig sind Störungen in der Feinmotorik, der visuell-motorischen Koordinationsgenauigkeit sowie der Aufmerksamkeitszentrierung. Die Störung der Aufmerksamkeit ließ sich während des gesamten Tests beobachten.

Behandlung: Beratung der Eltern, gelassener und konsequenter Erziehungsstil, Einbinden in ein sehr klares Ordnungs- und Regelsystem. Unterstützend: Sport, therapeutisches Reiten. Nach Ausschöpfen pädagogischer Maßnahmen Methylphenidat (Ritalin) in Erwägung ziehen.

Hyperkinetisches Syndrom (F 90.0)

Fallbeispiel 14.2

Seit ca. einem Dreivierteljahr zeige der 9jährige Thomas ausgeprägte Tics mit heftigen, abrupten Bewegungen im Schulter-, Arm- und Kopfbereich, gelegentlich auch im Bereich der Beine. Manchmal werde Thomas von diesen Tics regelrecht aus dem Sitz gerissen. Er stoße dabei Grunz- und Quietschgeräusche aus.

Zeitweise seien diese Tics auch mit Aggressionen verbunden, Thomas habe in der Schule ein anderes Kind gewürgt, einem anderen Kind einen spitzen Bleistift in den Hals gestochen. Diese Aggressionen und Tics erlebe Thomas als ich-fremd und reagierte mit heftigen Schuldgefühlen. Andererseits stehe er durch diese ständige Unruhe im Mittelpunkt und habe einen erheblichen Krankheitsgewinn. Thomas klammere sich sehr an die Mutter, wolle nicht allein gelassen werden und manipuliere die Eltern sehr. Auf der Station geriet Thomas rasch in eine Außenseiterposition. Am augenfälligsten waren die Tics, wobei Thomas sehr laute Geräusche ausstieß, spuckte, seine Arme und Beine heftig wegschleuderte und dabei häufig sich oder andere verletzte. Zunehmend konnte beobachtet werden, daß Thomas diese Tics mit dem Ausrufen von Schimpfwörtern verband, z.B. „Arschloch" oder mit Wörtern aus dem sexuell-analen Bereich wie z.B. „ich will Deine Scheide küssen". Solche Reden waren ihm sehr peinlich, er wisse selbst gar nicht, was er da rufe. Thomas deutete sein Verhalten als Krankheit. Wurde er in seinen Wünschen oder Erwartungen frustriert, zeigte er selten Wut oder Ärger, sondern zog sich in sein Zimmer zurück und beruhigte sich durch heftige Jaktationen im Sinne einer Drehbewegung des Oberkörpers, wobei er ein Tuch oder einen Schal vor seinen Augen hin- und herbewegte.

Thomas spielte nicht mit den anderen Kindern und bezog sich in keiner Weise auf die Gleichaltrigen. Am liebsten beschäftigte er sich damit, Fernsehzeitschriften oder Comics zu lesen oder sich in seinem Zimmer zu drehen. Die einzige ihm angebotene Aktivität, die ihn begeisterte, war das regelmäßige Schwimmen. Therapeutisch wurde Thomas wie folgt betreut: Zweimal wöchentlich eine Stunde Familientherapie, viermal wöchentlich Bewegungstherapie (Psychomotorikgruppe, Krankengymnastik). Täglich eine halbe Stunde Sprachheiltherapie. Einmal wöchentlich Teilnahme am therapeutischen Reiten. Zusätzlich nahm Thomas an allen Aktivitäten der Station teil, also am regelmäßigen Schwimmen, an Ausflügen und Stadtgängen.

Die intensive multimodale psychotherapeutische Behandlung des Jungen hatte zum Ziel, den Zusammenhang herzustellen zwischen aggressiver Hemmung und Unterdrückung von Wut- und Ärgergefühlen mit dem symbolischen Ausdrücken dieser Affekte durch Treten, Schlagen, Spucken und Schimpfwörter äußern im Tic. Thomas wurde ermuntert, sich mehr zu wehren, Ärger auszudrücken, zu schreien und zu schimpfen, frech zu sein und dergleichen mehr. Durch die Therapie wurde Thomas spontaner, fand Zugang zur Kindergruppe und beteiligte sich am Spiel. Er wurde stabilisiert in seine Familie entlassen.

Kombinierte vokale und multiple motorische Tics: Gilles de la Tourette-Syndrom (F 95.2)

Fallbeispiel 14.3

Der 12jährige Uwe kommt aus einem Kinderheim zur Abklärung seines auffälligen Verhaltens zur stationären Aufnahme. Die Störung begann bereits im Kleinkindalter. Bei Uwe fällt auf, daß er dazu neigt, andere Kinder auffällig zu betasten, er schnuppert an Gegenständen und scheint durch bestimmte Geräusche fasziniert zu sein. Seine Bewegungen sind merkwürdig eckig, ritualisiert und stereotyp. Uwe ist auf ein „Gleichbleiben" seiner Umgebung angewiesen, er spielt lange ein sich immer wiederholendes Spiel mit den gleichen Gegenständen.

In seiner wenig entwickelten Sprache fällt die geringe Modulation, ein unangemessen lautes oder leises Sprechen auf; ferner Auftreten von Echolalie. Eher überdurchschnittliche Fähigkeiten besitzt Uwe im Zeichnen und Malen, nicht im kreativen Darstellen, sondern in der Reproduktionsfähigkeit; er kann photographisch genau abmalen.

Frühkindlicher Autismus nach Kanner (F 84.0)

Fallbeispiel 14.4

Der 14jährige Ralf wird seit seinem 9. Lebensjahr wegen einer primären Enuresis behandelt. In der Erziehungsberatungsstelle bekam Ralf ein Weckgerät. Die Therapie wurde nach einem halben Jahr abgebrochen, da Ralf sich beim Summen des Apparates sehr erschreckt habe. Ralf nahm an einer Spieltherapie teil; dann führte er einen Kalender über das Einnässen. Eine wesentliche Veränderung stellte sich jedoch nicht ein.

Ralf ist ein Kind aus zweiter Ehe. Die ersten Kontakte mit dem Jugendamt suchte die Mutter, als Ralf neun Jahre alt war, da er massive Schulschwierigkeiten hatte und sehr unpünktlich im Unterricht erschien. Die Ehe war zu dieser Zeit zerstritten; beide Partner betrieben Alkoholmißbrauch.

Zwei Jahre später wird die inzwischen von ihrem Ehemann getrennte Mutter von einem Sozialarbeiter besucht, da Nachbarn sie als auffällig und haltlos schildern. Damals hieß es: „Beide Kinderzimmer sind sehr verdreckt und feucht. Überall liegen Zeitungen, Papiere, Straßendreck. Beide Zimmer werden nicht geheizt und sind kaum isoliert, so daß es sehr kalt ist. Überall riecht es muffig". Trotz der Befürchtungen des Jugendamtes für die Gesundheit der Kinder wurde eine Fremdunterbringung Ralfs nicht in die Wege geleitet.

Wiederum zwei Jahre später kommt die Mutter bei einem Wohnungsbrand zu Tode. Laut Polizeibericht hatte sie sich mit einem jüngeren Partner unter Alkoholeinfluß gestritten. Der schlafende Ralf wurde während der Löscharbeiten von Feuerwehrleuten gefunden, geweckt, er sah seine verbrannte Mutter, wurde völlig verstört von einem Sozialarbeiter zum Vater gebracht.

Die neue Familie ist für Ralf eine andere Welt. Sein Vater hatte eine wesentlich ältere Frau geheiratet, die vier Töchter im Alter von 16 bis 25Jahren mit in die Ehe brachte. Ralf schreibt zu seiner veränderten Situation im Lebenslauf: „Die erste Zeit ging es gut, dann aber hackte meine Schwester auf mir herum. Sie nennt mich immer Stinki. Ich habe bei der „Fundgrube" deshalb einen Tacho geklaut. Als ich hörte, daß ich von zu Hause wegkommen sollte, freute ich mich".

Auf der Station ist Ralf überwiegend angepaßt, er sucht die Nähe des Personals, seine Spielpartner sind jüngere Kinder. Ralf vermeidet, über seine Gefühle zu reden. Er sucht sehr viel Bestätigung, verzagt bei Frustrationen schnell, reagiert unsicher und ängstlich und fällt in regressive Verhaltensweisen, indem er stammelt oder kleinkindhaft spricht.

Therapeutische Maßnahmen: Konditionierungstherapie mit dem Führen eines Kalenders. Tiefenpsychologisch orientierte Einzeltherapie, Psychomotorikgruppe und therapeutisches Reiten. Nach sechsmonatiger Behandlung Wechsel in eine heilpädagogische Wohngruppe in symptomfreiem Zustand.

Enuresis (F 98.0)

Fallbeispiel 14.5

Der siebzehnjährige Tim wird von dem zuständigen Sozialarbeiter des Jugendamtes zur stationären Aufnahme gebracht.

Zur Vorgeschichte wird berichtet, daß der Vater des Jungen starb, als Tim fünf Jahre alt war. Frau K. versuchte, ihren Schmerz durch vermehrte Verwöhnung ihres jüngsten Sohnes zu bewältigen. Tim war immer ihr „lieber, kleiner Junge". Seit dem Tod seines Vaters hatte er über mehrere Jahre fast ständig seine Hose verschmiert, gelegentlich auch das ganze „Geschäft" in der Hose. Die Mutter berichtete, daß Tim eigentlich nie Probleme bereitet habe, er sei immer ein lieber Junge gewesen und könne sich sehr gut benehmen.

Nebenbei berichtete sie dann, daß Tim zehnjährig einen Schulverweis bekam, da er einem Mädchen an die Bluse faßte. Im selben Alter entwendete er aus einem Kiosk zusammen mit anderen Jungen 400,– DM. Mit 11 und 12 Jahren fielen Ladendiebstähle auf. Vierzehnjährig hatte Tim seine erste Gerichtsverhandlung, da er ein Mofa entwendete. Mit 15 fiel er wegen fahrlässiger Körperverletzung auf; mit 16 sollte er die Schule verlassen, da er sich nicht einordnen wollte. Jetzt, siebzehnjährig, hatte er seiner Mutter das Scheckheft entwendet und 10 000,– DM in einer Kneipe beim Kartenspielen „verjubelt".

Die Mutter betonte immer wieder, wie lieb der Junge sei. Jetzt sei das Familienleben durch Tim zerstört, da ihr zweiter Mann und die beiden älteren Geschwister eine Front gegen ihn gebildet hätten. Sie wisse nicht mehr ein noch aus, denn für sie sei eine harmonische Familie lebensnotwendig. Seit Monaten nehme sie Beru-

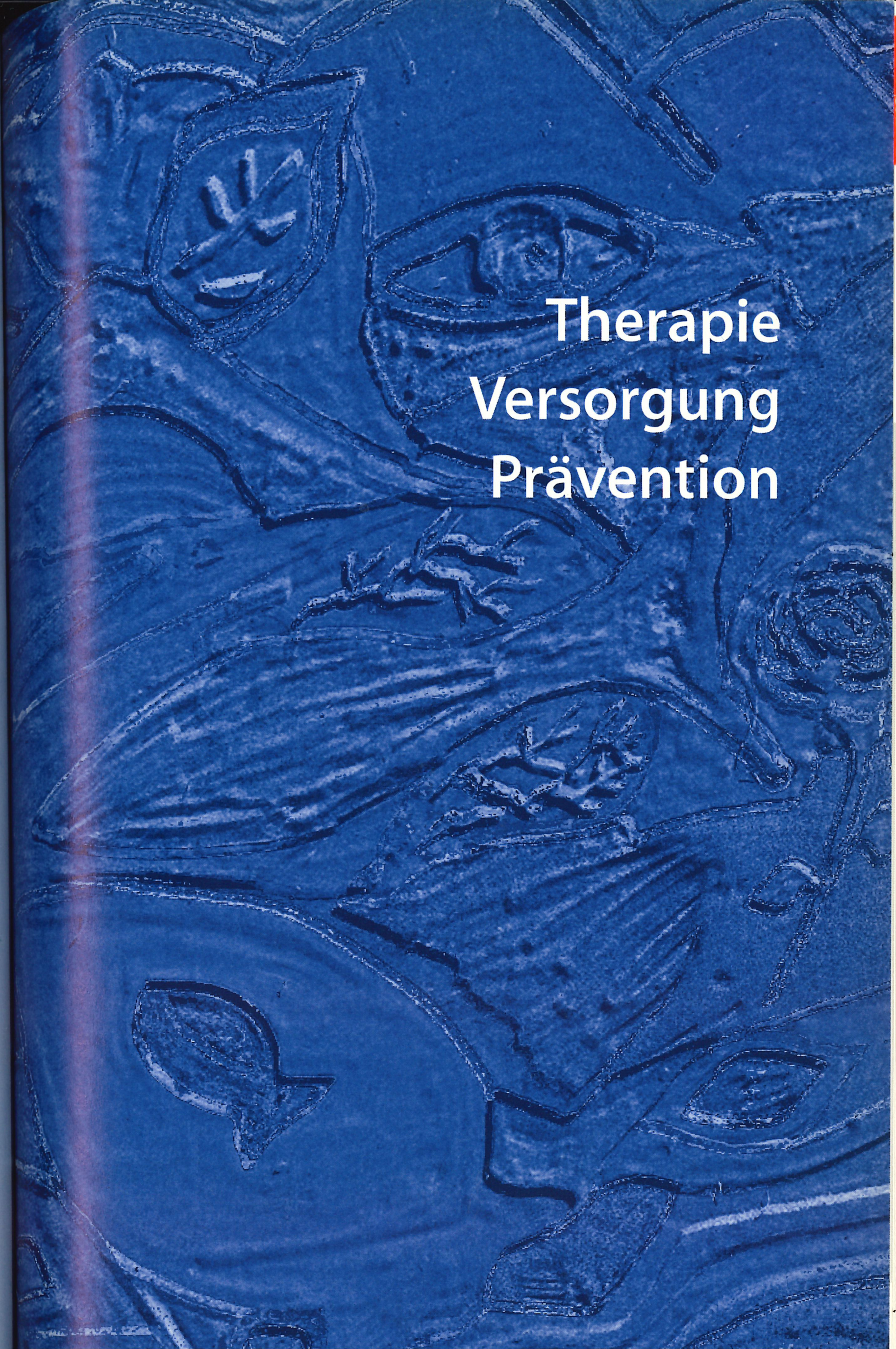
higungsmittel. Ihr Mann habe jetzt nach dem letzten Vorfall mit dem gestohlenen Scheckheft gedroht, daß er so nicht weiterleben könne. Nach einer Auseinandersetzung voller gegenseitiger Vorwürfe habe ihr Mann DDT geschluckt. Er sei mehrere Wochen auf der Intensivstation behandelt worden. Die großen Geschwister Tims hätten daraufhin gedroht, Tim umzubringen. Dazu habe Tim geäußert, er werde sich selbst umbringen. Die Mutter weinte während ihres Berichtes. Tim wirkte verlegen und unsicher.

Der zuständige Sozialarbeiter schilderte, daß die Arbeit des Jugendamtes durch die inkonsequente, verwöhnende Art der Mutter sehr erschwert worden sei. Frau K. behandle ihren Sohn wie ein Kleinkind, verwöhne ihn materiell sehr. Der Stiefvater des Jungen habe einen verantwortungsvollen Posten in einer großen Firma. Tim fühle sich wohl von der Tüchtigkeit seines Stiefvaters erdrückt. Wenn dieser beruflich abwesend sei, schlafe Tim mit seiner Mutter in einem Bett, sie halte dann ihren Jungen bei der Hand.

Im psychologischen Untersuchungsbefund zeigten sich bei dem durchschnittlich intelligenten Tim hohe Werte für Depressivität, Selbstunsicherheit, emotionale Unreife und reaktive Aggressivität. Im projektiven Verfahren kam ein hohes Geltungsbedürfnis bei starker Selbstunsicherheit zum Ausdruck.

Nach achtwöchiger psychotherapeutischer Behandlung gelang es Tim, sich konkrete kleine Ziele zu setzen und den Weg dahin durchzuhalten. Sein Wunsch, von allen akzeptiert zu werden, bestimmte nicht mehr so häufig sein Verhalten wie früher. In den Gruppengesprächen konnte er die Zuneigung zur Mutter und die dadurch erlebte Einengung als widersprechende Gefühle akzeptieren. Tim entschied sich, nur noch zu Besuch nach Hause zu kommen und stattdessen in einer Wohngruppe zu leben.

Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen (F 91.2);
(anamnestisch:) Enkopresis (Kotschmieren) (F 98.1)



Therapie Versorgung Prävention

15 Somatische Behandlung

15.1 Psychopharmaka

Entwicklung der modernen Psychopharmaka

1942	Entdeckung der LSD-Wirkung (Albert Hoffmann) („Modellpsychosen")
1946	Meprobamat: erster Tranquilizer
1951	Chlorpromazin: künstlicher Winterschlaf (hibernation artificielle) (Henri Laborit)
1952	Chlorpromazin: Einführung in die psychiatrische Behandlung (Jean Delay und Pierre Deniker)
1957	Imipramin: Entdeckung der stimmungsaufhellenden Wirkung; erstes Antidepressivum (Roland Kuhn)
1958	Haloperidol: erstes hochpotentes Neuroleptikum (Paul Janssen)
1960	Chlordiazepoxid: erstes Präparat der Benzodiazepinreihe (Leo Sternbach)
	Lithium: Einführung als Prophylaktikum bei Manien und Depressionen (John Cade; Mogens Schou)
1970	Clozapin als erster atypisches Neuroleptikum
1990	Seither Einführung weiterer atypischer Neuroleptika und der SSRI-Antidepressiva

Übersicht über die Psychopharmaka

- Neuroleptika: Phenothiazine, Butyrophenone, atypische
- Antidepressiva (Thymoleptika): trizyklische, tetrazyklische Antidepressiva; Monoaminooxidase-(MAO)Hemmer, Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)
- Lithiumsalze/Carbamazepin
- Tranquilizer: Benzodiazepine
- Hypnotika
- Psychostimulanzien (Psychoanaleptika): Amphetamin, Methamphetamin

Psychotrope Substanzen, aber keine Psychopharmaka im engeren Sinne:
- Psychodysleptika (Phantastika): Mescalin, LSD
- Euphorika: Alkohol, Kokain, Opium u. a.

15.1.1 Neuroleptika

Einteilung der Neuroleptika s. S. 218 f. In der Anwendung eigentlich Psycholeptika (gr. lambano – ergreife, das Nervensystem ergreifend)

Zielsymptome (syndromgerichtete Anwendung!): psychomotorische Erregung, affektive Spannung/katatones Verhalten, produktive Symptomatik, schizophrene Ich-Störung, Residualzustände
Indikationsschwerpunkte: 1. akute psychotische Zustände 2. chronische Psychosen und Residuen 3. Rezidivprophylaxe

Pharmakologischer Wirkmechanismus: Dopaminrezeptorblockade bei gesteigerter Dopaminproduktion; ferner Blockade der Neurotransmitterrezeptoren von Serotonin, Noradrenalin, Histamin und Acetylcholin; zusätzlich Empfindlichkeitsveränderung an den postsynaptischen Rezeptoren: Überempfindlichkeit (up-regulation) nach längerer Neuroleptikagabe und damit Abschwächung der Blockade durch Neuroleptika (durch Zunahme von Rezeptoren im Striatum Spätdyskinesien erklärbar)

Gruppierung nach antipsychotischer Wirksamkeit (neuroleptische Potenz): neuroleptische Potenz von Chlorpromazin=1 (das klassische Neuroleptikum!). Im Vergleich dazu Einschätzung der Potenz aller übrigen Neuroleptika:
- *schwachpotente* Neuroleptika: stark sedierend, ruhigstellend, anxiolytische Wirkung; geringe antipsychotische Wirkung; beträchtliche vegetative Nebenwirkungen
  Beispiele: Chlorpromazin (Megaphen®) wegen Komplikationen (Ikterus, intrahepatische Cholestase) in der Bundesrepublik kaum noch gebräuchlich; Promethazin (Atosil®), Levomepromazin (Neurocil®), Chlorprothixen (Truxal®), Thioridazin (Melleril®)
- *mittelpotente* Neuroleptika: Mittelstellung
  Beispiele: Clopenthixol (Ciatyl®), Risperidon (Risperdal®), Olanzapin (Zyprexa®), Clozapin (Leponex®), Perazin (Taxilan®), Zotepin (Nipolept®)

- *hochpotente* Neuroleptika: geringe Sedierung, starke Wirkung auf paranoid-halluzinatorische Syndrome, Wirkung auf schleichende Verläufe. Häufig extrapyramidal-motorische Störungen, kaum vegetative Nebenwirkungen
  Beispiele: Haloperidol (Haldol®), Trifluperidol (Triperidol®), Benperidol (Glianimon®), Fluphenazin (Dapotum®), Pimozide (Orap®), Fluspirilen (Imap®), Perphenazin (Decentan®), Flupenthixol (Fluanxol®)

Nebenwirkungen:
- *Vegetative Symptome:* Mundtrockenheit, Schwitzen, Seborrhoe, Tachykardie (eher bei niedrigpotenten Neuroleptika), Speichelfluß/Sialorrhoe (häufiger bei hochpotenten Neuroleptika), Gewichtszunahme
- Galaktorrhoe (erhöhter Prolaktinspiegel)
- Müdigkeit, Konzentrationsschwäche (v. a. bei niedrigpotenten Neuroleptika)
- Alibidimie (Libidoverlust), Potenzstörungen (reversibel!)
- *extrapyramidal-motorische Symptome* (EPMS):
  - *Frühdyskinesien* (hyperkinetisch-dyston): Zungenschlundkrampf, Augenmuskelkrämpfe (okulogyrische Krisen), Trismus, Opisthotonus, Torsionsspasmen, Tortikollis, Sprechstörungen. – Auftreten u. U. bereits nach einmaliger Gabe!
    Behandlung: Biperiden (Akineton® i. v.), Blitzheilung!
  - *neuroleptisch bedingter Parkinsonismus,* Parkinsonoid (hypokinetisch): Hypokinese, Rigidität, Zahnradphänomen (Prüfung des Zahnradphänomens: passive Beugung und Streckung im Ellenbogengelenk mit Prüfung des Phänomens durch Umfassen des Bizeps; Daumen auf den Muskelbauch), extrapyramidaler Tremor, Hypomimie, Salbengesicht, Speichelfluß, typische Haltung mit kleinschrittigem Gang. Auftreten meist 1–2 Wochen nach Behandlungsbeginn bzw. nach Dosissteigerung
    Behandlung: anticholinerg wirkende Anti-Parkinson-Mittel wie Biperiden (Akineton® oral); möglichst keine Dauermedikation (s. Anmerkungen unter Biperiden S. 221)
  - *Akathisie* (Sitzunruhe): Trippeln; Tasikinesie: ständiges Bewegungsbedürfnis
    Behandlung: neuroleptische Medikamente und Dosierung wechseln, evtl. Absetzen erforderlich! Versuch mit Betarezeptorenblockern, z. B. Propanolol (Dociton®) 30–60 mg/d
  - *Spätdyskinesien* (tardive Dyskinesien): hyperkinetische Dauersymptome, z. B. periorales „Mümmeln" (Rabbit-Syndrom), Zungenwälzbewegungen, Torticollis etc. Auftreten nach Monaten oder Jahren der Neuroleptikamedikation; etwa 10–20% der Patienten mit Lang-

Untergruppe	Chemische Kurzbezeichnung	Handelsname	Tagesdosis per os in mg*		Wirkung
Trizyklische Neuroleptika Phenothiazine mit aliphatischer Seitenkette	• Chlorpromazin	Megaphen®	50–500		stärker sedierend; vegetative Nebenwirkungen
	• Levomepromazin	Neurocil®	100–600		
	• Promethazin	Atosil®	50–150		
Phenothiazine mit Piperidylseitenkette	• Thioridazin	Melleril®	75–600		mäßig sedierend (Mittelstellung)
Phenothiazine mit Piperazinylseitenkette	• Fluphenazin	Dapotum®	3–20	D	wenig sedierend, stärker antipsychotisch; EPMS
		Lyogen®	3–20	D	
	• Perazin	Taxilan®	75–800		
	• Perphenazin	Decentan®	8–48	D	
Thioxanthene	• Chlorprothixen	Truxal®	100–400		sedierend; mäßig antipsychotisch
	• Flupentixol	Fluanxol®	3–20	D	
	• Zuclopenthixol	Ciatyl-2®	20–40		
Butyrophenone	• Benperidol	Glianimon®	2–20		stark antipsychotisch; EPMS
	• Bromperidol	Impromen®	5–30		
	• Haloperidol	Haldol®	2–30	D	
	• Melperon	Eunerpan®	50–400		niedrigpotent, sedierend
	• Dipiperon	Pipamperon®	40–400		niedrigpotent, sedierend
Diphenylbutylpiperidine	• Fluspirilen	Imap®	–**	D	höher potent, wenig extrapyramidal-motorische Störungen, wenig sedierend
	• Pimozid	Orap®	2–16		
Benzamide	• Sulpirid	Dogmatil®	100–800		mäßig antipsychotisch; EPMS möglich; kaum sedierend
		Meresa®			
Andere (atypische) Neuroleptika	• Clozapin	Leponex®	50–600		sedierend; schlafanstoßend; mäßig antipsychotisch; vegetative, aber keine EPMS
	• Zotepin	Nipolept®	50–300		akute und chronische Psychosen; geringe EPMS
	• Olanzapin	Zyprexa®	5–15		
	• Risperidon	Risperdal®	4–8		

* Angabe der Tagesdosen nur als Anhaltswerte!
** nur in Depotform verfügbar

D = in Depotform verfügbar
EPMS = extrapyramidal-motorische Störungen

Tabelle 15.1. Einteilung der Neuroleptika

zeitmedikation. Häufig irreversibel! Wichtig: rechtzeitige Diagnosestellung! Subjektiv oft erstaunlich geringe Beeinträchtigung
Divide: idiopathische Spätdyskinesien; Tourette-Syndrom; Chorea Huntington; M. Parkinson; Symptom der psychotischen Grunderkrankung; Folge der Einnahme anderer Medikamente: Antiepileptika, Malariamittel
Behandlung: schwierig! Verringerung der Dosis; langsames Absetzen. Gabe von Clozapin (Leponex®) (begrenzte Verordnungsmöglichkeit! Regelmäßige engmaschige Blutbildkontrollen!). Bei Clozapin zwar vegetative, aber keine extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen, Agranulozytosegefahr!
Prophylaxe von Spätdyskinesien: niedrige Dosierung von Neuroleptika; Mittel mit geringer spätdyskinetischer Potenz: z. B. Clozapin; nach mehrmonatiger oder jahrelanger Gabe eines Neuroleptikums: Ausschleichen der Medikation

Komplikationen:
- pharmakogene Depression (sehr selten!)
- delirantes Syndrom (besonders bei niedrigpotenten Neuroleptika, auch bei Clozapin sowie bei Kombinationen mit trizyklischen Antidepressiva und Antiparkinsonmitteln)
- epileptiforme Anfälle (bei schnellem Dosisanstieg oder Absetzen)
- Temperaturanstieg (besonders bei niedrigpotenten Neuroleptika!)
- Ileus
- Miktionsstörungen mit Harnverhaltung
- intrahepatische Cholestase, Ikterus
- Kreislaufwirkungen mit Hypo- und Hypertonie und Tachykardie
- Leukopenie sowie Agranulozytose (besonders häufig 4.–10. Woche bei Frauen mittleren Alters), banale Infekte beachten! Wichtigste Komplikation!
- Thrombosen mit embolischen Komplikationen (Krankengymnastik; keine ständige Bettruhe!)
- Arzneimittelexantheme
- Photosensibilisierung, Erytheme (Vorsicht: unter Sonneneinstrahlung Tragen von Sonnenhüten!)
- Spätdyskinesien (s. oben!)
- malignes neuroleptisches Syndrom: Ursache unklar (Dopaminrezeptorenblockade?); Auftreten selten! meist innerhalb von 2 Wochen bei hochdosierter Neuroleptikabehandlung. In ca. 20 % letaler Ausgang
Symptome: Rigor, Stupor, hohes Fieber, Tachykardie, metabolische Azidose, CK-Erhöhung, Myoglobinämie, -urie Vigilanzstörungen
Differentialdiagnose (schwierig!): Febrile Katatonie; maligne Hyperthermie, Serotonin-Syndrom (s. 223)
Behandlung: Dantrolen-Natrium (Dantrolen®) evtl. als Dopaminagonist Bromocriptin (Pravidel®); u. U. EKT

Besonders auch wegen der oft mangelnden Behandlungsbereitschaft häufig Verwendung von *Depot*präparaten, z. B. Flupentixoldecanoat (Fluanxol®), Perphenazinönanthat (Decentan®), Haloperidoldecanoat (Haldol®), Fluphenazindecanoat (Dapotum D®, Lyogen Depot®). Nachteil: bei Komplikationen lange Halbwertszeit. Evtl. auch einmal/Woche Fluspirilen (Imap®)

Biperiden (Akineton®): keine Langzeitmedikation dieses oder anderer Anti-Parkinson-Mittel mit zentraler anticholinerger Wirkung (mögliche Verringerung der neuroleptischen Potenz!). Nebenwirkungen und Komplikationen: Euphorie, delirogene Potenz; Harnverhaltung. Spätdyskinesien können verschlechtert werden! Suchtpotential!

Koffein kann die Wirkung von Neuroleptika herabsetzen! Viele Patienten wissen das!

Bei Neuroleptika keine Gefahr der Abhängigkeit (häufige Frage von Patienten und Angehörigen!)

Kontraindikationen: Glaukom und Prostatahypertrophie (bei Neuroleptika mit anticholinerger Komponente)

15.1.2 Antidepressiva (Thymoleptika)

Einteilung der Antidepressiva s. S. 224

Trizyklische (und tetrazyklische) Antidepressiva

Zielsymptome: depressive Verstimmung, Antriebsmangel und Agitiertheit; Suizidalität; Schlafstörungen

Pharmakologischer Wirkmechanismus: Gegensteuerung der erniedrigten Konzentration von biogenen Aminen an zentralen Synapsen; Noradrenalin- und Serotoninhypothese; selektive Wiederaufnahme-(reuptake)Hemmung

Nebenwirkungen: in erster Linie vegetativ, sowohl anticholinerg (atropinartig) als auch adrenolytisch: *Mundtrockenheit;* Schwitzen; Miktions-

störungen, u. U. Harnverhaltung; Obstipation, Übelkeit, Erbrechen; *Akkomodationsstörungen; Müdigkeit,* sexuelle Funktionsstörungen; Hypotonie, orthostatische Regulationsstörungen (Schwindel, evtl. Gabe von Dihydergot®); Tachykardie; Fingertremor; bei antriebssteigernden Antidepressiva: u. U. Schlafstörungen

wichtig: Aufklärung über die häufig nach einigen Tagen abklingenden Nebenwirkungen und über den oft relativ späten Zeitpunkt (Wochen!) des Eintretens der antidepressiven Wirkung! Keine Toleranzentwicklung und Gefahr der Abhängigkeit! (Gelegentlich „Gewöhnung" mit Angst vor Absetzen)

7 allgemeine Regeln zur Gabe und Dosierung von Antidepressiva

- zu Beginn einschleichend dosieren; bei Absetzen langsames Ausschleichen
- meist orale Gabe; bei therapieresistenten Fällen Infusionsbehandlung
- ausreichend hohe Dosierung und ausreichend lange Behandlung vor Umsetzen wegen „Wirkungslosigkeit", in der Regel 3–4 Wochen
- möglichst keine Kombinationen
- bei Verschreibung zu großer Mengen Möglichkeit zu suizidalen Handlungen
- EKG- und Leukozytenkontrollen (Differentialblutbild)
- Patientenaufklärung: zahlreiche Nebenwirkungen – keine Gefahr von Abhängigkeitsentwicklung!

Generell: zunächst sedierende Wirkung erwünscht (zur Vermeidung unvorhergesehener Suizidalität!)
Bei agitierten Depressionen zusätzlich dämpfendes Neuroleptikum! (cave Delir!)
Bei gehemmten Depressionen antriebssteigerndes Antidepressivum nur unter Vorsichtsmaßnahmen: u. U. Antriebssteigerung vor der Stimmungsaufhellung! Potentiell vermehrte Suizidgefahr!

Komplikationen:
- kardiotoxische Wirkung (weniger bei nichttrizyklischen als bei trizyklischen Antidepressiva); Überleitungsverlangsamung; Gefahr von Rhythmusstörungen
- paralytischer Ileus

- Harnsperre (besonders bei Prostatahypertrophie)
- Thrombose
- Delir (besonders bei Kombinationsbehandlung, z. B. Neuroleptika und sedierende Antidepressiva)
- Augeninnendruckanstieg beim Glaukom
- selten: zerebrale Krampfanfälle; Agranulozytose (bei Leukozyten unter 4000: Differentialblutbild!); Hautallergien

Bei *Intoxikation* (Suizidversuch!): tachykarde Arrhythmien, Delir, Hyperthermie, Konvulsionen. Verlegung auf Intensivstation! Vorsichtige Gabe von Physostigmin

Kontraindikationen: Prostatahypertrophie, Pylorusstenose, Engwinkelglaukom, Überleitungsstörungen im EKG. Vorsicht bei Gabe von Diuretika!

Wechselwirkungen:
- Bei gleichzeitiger Gabe sedierender Antidepressiva Potenzierung der zentralen Wirkung von Sedativa. Keine trizyklischen Antidepressiva und Anticholinergika kombinieren!
- Blutdrucksenkung von Clonidin kann abgeschwächt, Blutdrucksteigerung von Sympathikomimetika verstärkt werden.
- Östrogene können die antidepressive Wirkung herabsetzen.

Serotoninwiederaufnahmehemmer

Selektive, nichttrizyklische Wiederaufnahmehemmer (SSRI) wie Fluoxetin, Paroxetin, Fluvoxamin, Nefazodon, Sertralin und Citalopram verbinden gute antidepressive Wirksamkeit mit einer eher niedrigen Rate von Nebenwirkungen wie Müdigkeit, Schwindel, Schlafstörungen, Potenzstörungen, Kopfschmerz, Erbrechen und Mundtrockenheit; Weitere Indikationen: Zwangs- und Angststörungen

Wechselwirkungen: Keine gleichzeitige Gabe von Serotoninwiederaufnahmehemmern und MAO-Hemmern (Karenzzeit beachten! Gefahr eines zentralen *Serotoninsyndroms* mit Erregung, Myoklonien und Bewußtseinsstörungen!); Vorsicht auch bei Kombination dieser beiden Substanzgruppen mit Lithium!

Untergruppe	Chemische Kurzbezeichnung	Handelsname		Tagesdosis per os in mg*	Wirkung
Trizyklische Antidepressiva	Amitriptylin	Saroten®	Laroxyl®	50–225	Amitriptylin-Typ: eher sedierend
	– mit Chlordiazepoxid	Limbatril®		25–150	
	– Perphenazin	Longopax®		30–150	
	Amitriptylinoxid	Equilibrin®		90–240	
	Trimipramin	Stangyl®		75–225	
	Doxepin	Aponal®		75–225	
	Dibenzepin	Noveril®		120–720	
	Clomipramin**	Anafranil		50–225	Imipramin-Typ: antriebssteigernd
	Imipramin	Tofranil®		50–225	
	Desipramin	Pertofran®		75–150	
Nichttrizyklische Antidepressiva	Maprotilin } tetrazyklisch	Ludiomil®		75–150	} eher sedierend
	Mianserin } tetrazyklisch	Tolvin®		30–120	} eher sedierend
	Mirtazapin } tetrazyklisch	Remergil		30	} eher sedierend
	Trazodon	Thombran®		75–300	
	Venlafaxin**	Trevilor		75–375	
Serotonin-Wiederaufnahmehemmer	Fluvoxamin**	Fevarin®		100–300	eher antriebssteigernd
	Fluoxetin	Fluctin®		20–40	
	Paroxetin	Seroxat®	Tagonis®	20–40	
	Citalopram	Cipramil®		20–40	
Monoaminooxidase-hemmer (MAO-Hemmer)	Tranylcypromin	Jatrosom N®	Parnate®	10–30	antriebssteigernd
	Moclobemid	Aurorix®		300–600	

* Angaben zu Tagesdosen nur als Anhaltswerte!
** Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer

Tabelle 15.2. Einteilung der Antidepressiva

Monoaminooxidasehemmer (MAO-Hemmer)

Zielsymptome: depressive Verstimmung, auch Panikstörung. Wegen fehlender anticholinerger Wirkungen keine Kontraindikationen bei Engwinkelglaukom und Prostatahypertrophie!

Pharmakologischer Wirkmechanismus: Hemmung der Wirkung der Monoaminooxidase, infolgedessen mehr biogene Amine am synaptischen Spalt verfügbar. Wirkungseintritt oft bereits in den ersten Tagen der Einnahme

Irreversible, nicht selektive MAO-Hemmer: Tranylcypromin (Jatrosom N®, Parnate®) verbindet sich irreversibel mit MAO-A und B, öfter erfolgreich in therapieresistenten Fällen

Nebenwirkungen: gering, gelegentlich Hypotonie, Schlafstörungen

Komplikationen: Blutdruckkrisen bei hohem Tyraminspiegel oder u. U. auch bei gleichzeitiger direkt nachfolgender Gabe von trizyklischen Antidepressiva (Medikamentenpause!); u. U. Gabe von Phentolamin (Regitin®)

wichtig: tyraminarme Diät, d. h. Vermeiden von (fermentiertem) Käse, Rotwein, Pferdebohnen, Wild und einigen anderen Nahrungsmitteln (Patientenaufklärung!).

Reversibler, selektiver MAO-Hemmer: Moclobemid (Aurorix®). Hemmt nur MAO-A, ist durch Tyramin am Enzym zu verdrängen. Somit keine tyraminarme Diät. Keine Gefahr von Hochdruckkrisen!

Interaktion mit Serotoninwiederaufnahmehemmern (SSRI): s. S. 223!

Pflanzliche Antidepressiva

Bei leichteren Depressionen Versuch mit Johanniskrautpräparaten z. B. Jarsin®, Hypericum®

15.1.3 Lithiumsalze, Carbamazepin und Valproinsäure/Valproat

Lithiumsalze (Einteilung s. S. 227)

Zielsymptome/Wirkung:

- *prophylaktisch* (wichtigste Anwendung): phasenunterdrückende oder -abschwächende Wirkung bei Manien, bei bipolaren manisch-depressiven Erkrankungen, aber auch bei unipolaren Depressionen und schizoaffektiven Psychosen
- *therapeutisch:* Wirkung bei Manien, fragliche Wirkung bei phasischen Depressionen

Pharmakologischer Wirkmechanismus: bisher noch nicht eindeutig aufgeklärt; Beeinflussung des Neurotransmitterstoffwechsels (z. B. Serotonin).

Angriffspunkt im Phosphatidinositolstoffwechsel (second messenger)

Nebenwirkungen: initial: Müdigkeit; Adynamie, feinschlägiger Tremor (u. U. Betarezeptorenblocker niedrig dosiert); Absetzen der Lithiumsalze nur in seltenen Fällen!; Magenbeschwerden, Übelkeit; Durstgefühl, Polydipsie, Polyurie (ADH-Antagonismus); Blasenentleerungsstörungen (u. U. Gabe von Carbachol (Doryl®) oder Distigmin (Ubretid®); EKG-Veränderungen (T-Abflachung)

später: weiterbestehender Tremor; Gewichtszunahme; Gesichts- und Knöchelödeme; leichte Leukozytose; u. U. leichte Adynamie; fraglich subjektiv Einbuße an Kreativität

Komplikationen: in 5–10 % (hypo-)euthyreote Struma mit Unterdrückung der Freisetzung von Thyroxin (zusätzliche Gabe von L-Thyroxin®); selten Entwicklung eines Diabetes mellitus;

...

6 Allgemeine Regeln zur Behandlung und Dosierung von Lithiumsalzen:

- Einstellung unter Kontrolle des Lithiumblutspiegels
  - *für prophylaktische Wirkung:* empfohlener Spiegel 0,6–0,8 mmol/l
  - *zur Akutbehandlung:* empfohlener Spiegel ca. 1,0 mmol/l
- Kontrolle (Blutabnahme) am Morgen, jeweils 12 (+/–) h nach letzter Lithiumeinnahme
  zunächst wöchentlich, dann in größeren Abständen; bei älteren Patienten niedrigerer Lithiumspiegel
- vorherige und laufende Kontrolle der Nierenfunktion (Kreatinin); gelegentlich EKG und Schilddrüsenwerte
- keine abrupt einsetzende salzarme Diät oder unkontrollierte Gabe von Diuretika mit erhöhter Natriurese: Lithiumspiegel steigt! – Vorsicht bei Gabe von nichtsteroidalen Antiphlogistika!
- Jahrelange u. U. lebenslange Einnahme erforderlich, Einsetzen der *prophylaktischen Wirkung* erst nach Monaten (d. h. trotz Auftretens von Rezidiven Lithium nicht vor Ablauf von mindestens einem Jahr als erfolglos absetzen)!
- nur sehr langsam ausschleichend absetzen (Rezidivgefahr!)

Chemische Kurzbezeichnungen	Handelsname	Tagesdosis per os in mg*
• Lithiumacetat	Quilonum®	
• Lithiumkarbonat	Quilonum retard® Hypnorex retard®	ca. 1000 mg (individuelle Dosierung!)
• Lithiumsulfat	Lithium-Duriles®	

Tabelle 15.3. Einteilung der Lithiumsalze

Kontraindikationen: Nierenfunktionsstörungen, schwere Herz-Kreislauf-Krankheiten, Wunsch nach Schwangerschaft (teratogene Effekte, z. B. Herzmißbildungen)

Intoxikation: Auftreten bei Überdosierung bzw. bei natriumarmer Diät, Spiegel über 1,6 mmol/l; vitale Gefährdung bei Konzentrationen über 3,5 mmol/l

Symptome: Erbrechen, Durchfall; grobschlägiger Tremor, Hyperreflexie; Dysarthrie, Ataxie; Muskelschwäche; Myoklonien; Schwindelgefühle, Somnolenz; Krampfanfälle; Bewußtseinsverlust; Nierenversagen, Herz-Kreislauf-Versagen

Therapie mit forcierter Diurese oder Dialyse, Ausgleich von Elektrolytverlusten

Carbamazepin (Tegretal®, Timonil®)

Als Prophylaktikum bei affektiven und vor allem schizoaffektiven Psychosen zunehmend bedeutsam, möglicherweise auch bei in kurzen Abständen auftretenden kurzen mono- oder bipolaren Phasen (Kurzzykler) und bei der Therapie von Manien. Dosis 400–800 mg/d. Blutspiegel von 6–12 µg/ml angestrebt.

Nebenwirkungen und Komplikationen: Müdigkeit, Schwindel, Ataxie, Sehstörungen, Übelkeit, Exantheme, Haarausfall, Leukozytopenie, Thrombozytopenie, aplastische Anämie, Leberschädigung (Gamma-GT-Anstieg), T 4-Erniedrigung, Herzrhythmusstörungen. Nicht in Schwangerschaft und Stillperiode!

Valproinsäure/Valproat (Convulex®, Ergenyl®, Orfiril®)

Bei Versagen oder Unverträglichkeit von Lithium oder Carbamazepin.

Nebenwirkungen und Komplikationen (eher selten): Sedierung, Leberdysfunktion, Gewichtszunahme, Haarausfall, Gerinnungsstörungen; Teratogenität

15.1.4 Tranquilizer

Einteilung der Tranquilizer s. S. 229 f.

Zielsymptome: Angst, Unruhe, Anspannung; Erregungszustände (Psychosen!); suizidale Krisen; Schlafstörungen (Präparate mit kurzer Halbwertzeit!); Krampfleiden (Status epilepticus). Ferner Anwendung in der Anästhesiologie

Pharmakologischer Wirkmechanismus: Angriffspunkt der Benzodiazepine am postsynaptischen GABAergen Rezeptorkomplex. Dadurch Verstärkung der inhibitorischen Wirkung von GABA, vor allem im limbischen System und der Substantia reticularis

Nebenwirkungen und Komplikationen:

- bei *Überdosierung:* Abgeschlagenheit, Aufmerksamkeitsstörungen, Verlangsamung, Muskelschwäche, Doppelbilder, verwaschene Sprache, Ataxie, Schwindel, Übelkeit, Kopfschmerzen
- bei *langfristiger Medikation:* Appetitlosigkeit, Verstimmungen, Vergeßlichkeit, Verwirrtheit bis zum Delir, u. U. Depravationssyndrom; selten Linsentrübung
- bei älteren Patienten insbesondere mit zerebrovaskulärer Schädigung paradoxe Reaktionen möglich!
- bei *i. v.-Injektionen:* cave Atemdepression! Sehr langsame Injektion!
- Einschränkung der Verkehrstauglichkeit, mindestens in der 1. Woche nach Einnahmebeginn!
- Potenzierung von Alkohol; kombiniert beträchtliches Suizidpotential (wird häufig unterschätzt!)
- unterschiedliche *Halbwertzeit:* bei Tranquilizern mit längerer Halbwertzeit Kumulationsgefahr! bei Tranquilizern mit kurzer Halbwertzeit Auftreten von lakunären Amnesien möglich
- zunehmend Beobachtungen der psychischen und physischen *Abhängigkeit* von Tranquilizern: schätzungsweise $^1/_4$ bei Einnahme über 6 Monate! Auch Niedrigdosisabhängigkeit bei regulären Verschreibungsmengen (Low-dose-dependency); somit als Anxiolytikum oder Hypnotikum nur kurzzeitige Anwendung (bis zu 3 Wochen)
- Nach *Absetzen*: 1. Gegenregulationsprozeß (Rebound) (wenige Tage): Unruhe, Schlaflosigkeit; 2. Rückfallsymptome: Angst, Verstimmung; 3. Entzugssymptome (nach 2 bis 10 Tagen, 2–3 Wochen oder länger dauernd): Unruhe, Tremor, Schwindel, Erbrechen, Kopfschmerzen, Angst (gelegentlich schwerer Entzug: z. B. Krampfanfälle, Delirien, Muskelzittern, Depersonalisation).

Oft kaum Differenzierung der drei Syndrome möglich.
Bei Absetzen nach langer und hochdosierter Einnahme: ambulant langsame Dosisreduktion über mehrere Wochen (fraktionierter Entzug); stationär bei abruptem oder kürzeren Entzug zur Anfallsprophylaxe Gabe von Antiepileptika (Carbamazepin)

Kontraindikationen: Myasthenia gravis, ferner akutes Engwinkelglaukom, I. Trimenon der Gravidität; Schlafapnoe-Syndrom; Abhängigkeitsanamnese z. B. Alkohol

Alternativen zu Tranquilizern der Benzodiazepinreihe:

- niedrig dosierte, niedrigpotente Neuroleptika (z. B. Promethazin) (cave: bei Langzeittherapie sehr selten Spätdyskinesien möglich!)
- Betablocker (Propanolol) in niedriger Dosierung bei Angst und Unruhe
- trizyklische Antidepressiva und MAO-Hemmer bei Angstanfällen vom Typ der Panikattacken
- Buspiron (Bespar®): ein Präparat aus der Stoffklasse der Azapirone, nicht sedierend, anxiolytisch, verzögert wirkend, bisher kein Hinweis auf Abhängigkeitspotential
- Pflanzliche Präparate z. B. Johanniskrautextrakte (Hyperforat forte®, Jarsin®, Remotiv®)
- Kava-kava (Extrakt aus Kavawurzel, einem früher in Polynesien verwendeten Heilmittel)

Untergruppe	Chemische Kurzbezeichnung	Handelsname	Tagesdosis per os in mg*
Benzodiazepine	• Alprazolam	Tavil®	0,5–1,5
	• Bromazepam	Lexotanil®	3–6
	• Chlordiazepoxid	Librium®	5–50
	• Clobazam	Frisium®	20–30
	• Diazepam	Valium®	2–30
	• Dikalium-Chlorazepat	Tranxilium®	10–30
	• Lorazepam	Tavor®	0,5–5,0
	• Oxazepam	Adumbran®	10–50
Sonstige Tranquilizer	• Opipramol	Insidon®	150
	• Buspiron	Bespar®	15–30

Tabelle 15.4. Einteilung der Tranquilizer

Kurze Halbwertzeit (<12 h)	Mittlere Halbwertzeit (12–24 h)	Lange Halbwertzeit (>24 h)
Temazepam	Lorazepam	Diazepam
Triazolam	Flunitazepam	Nitrazepam
Oxazepam		Flurazepam
Lormetazepam		Chlordiazepoxid

Tabelle 15.5. Dauer der Wirksamkeit und Abbau von Benzodiazepinpräparaten

15.1.5 Hypnotika

Einteilung der Hypnotika s. Tabelle 15.6

Allgemeine Vorbemerkung: zunächst ausführliche Analyse der Schlafstörung: Klärung, ob symptomatisch oder (selten) idiopathisch. Beratung hinsichtlich gesunder Lebensweise, Anwendung von Hausmitteln! Versuch mit Schlafentzug (Wachtherapie) zur Normalisierung des Schlafrhythmus! (siehe S. 234)! Es werden zu viele Schlafmittel verordnet! Verordnung nur bei dringender Indikation und nicht langfristig

Formen und (Neben-)Wirkungen:

- *Benzodiazepinhypnotika:* keine Präparate mit zu langer Halbwertzeit verordnen! Bei zu hoher Dosierung oder zu lang wirkenden Präparaten u. U. Überhang am folgenden Morgen (Hang-over)
- *Barbiturate:* nicht mehr als Hypnotika zugelassen
- *Alkohol- bzw. Aldehydderivate* (z. B. Chloraldurat®): relativ geringes Risiko bezüglich Abhängigkeit. In Tagesdosen von 1,0 g gut verträglich; jedoch nach kürzerer Zeit Wirkungsverlust; Gefahr der Dosissteigerung, bei höheren Dosen rasch toxische Wirkungen

Zahlreiche *weitere „Schlafmittel"*, die möglichst sparsam verschrieben werden sollten:

- *einige Antidepressiva* (besonders Doxepin, Amitriptylin und Trimipramin) haben neben dem sedierenden auch einen leicht hypnotischen Effekt; somit am Abend Gabe der höchsten Dosis oder Einmalgabe!
- *Niedrigpotente Neuroleptika* wie Prothipendyl (Dominal®), Promethazin (Atosil®) oder Chlorprothixen (Taractan®, Truxal®) haben schlaf-

Untergruppe	Chemische Kurzbezeichnung	Handelsname	Abendliche Einzeldosis per os in mg*
Benzodiazeptinhypnotika	• Flunitranzepam	Rohypnol®	0,5–2
	• Flurazepam	Dalmadorm®	15–30
		Staurodorm Neu®	15–30
	• Lormetazepam	Noctamid®	0,5–1,0
	• Nitrazepam	Mogadan®	5
	• Temazepam	Planum®	5
		Remestan®	10–20
	• Triazolam	Halcion®	0,25–0,5
Alkohol- bzw. Aldehydderivate	• Chloralhydrat	Chloraldurat®	0,5–2,0 g
Antidepressiva	• Amitriptylin	Saroten® retard	75
	• Doxepin	Aponal®	75
Niedrigpotente Neuroleptika	• Prothipendyl	Dominal® forte	40–80
	• Promethazin	Atosil®	25–100
	• Chlorprothixen	Truxal®	15–50
Butyrophenone	• Melperon	Eunerpan®	25–100
	• Dipiperon	Pipamperon®	40–80
Sonstige	• Zolpidem	Bikalm® Stilnox®	10
	• L-Tryptophan	Ardeytropin®	500–2000
		Kalma®	
Pflanzliche Präparate	• Extr. Rad. Valerianae, Hyperizin	Sedariston®	2–3 Kps.
	• Extr. Rad. Valerianae,	Valdispert®	1–3 Drg.
	• Hopfenzapfentrockenextrakt • Extr. Rad. Valerianae	Hovaletten®	4 Drg.

* Angegebene Dosen nur als Anhaltswerte!

Tabelle 15.6. Einteilung der Hypnotika

induzierende Wirkung. Anwendung besonders bei suchtgefährdeten Patienten; niedrig dosiert sehr geringe Risiken!

- *Niedrigpotente Butyrophenonderivate* wegen fehlender anticholinerger Wirkung besonders günstig bei Unruhe und Schlafstörungen im Alter
- L-Tryptophan (Ardeytropin®) Anwendung dieser Aminosäure als Vorstufe von Serotonin; schlafinduzierende Wirkung, oft erst nach längerer Gabe; keine Nebenwirkungen, keine Abhängigkeit! Keine gleichzeitige Gabe von MAO-Hemmern (Serotonin-Syndrom!)
- *Pflanzliche Präparate:* Hopfen- und Baldrianpräparate (Valmane®, Valdispert®, Sedariston®). Günstig, da keine Nebenwirkungen und keine Suchtpotenz. Vorsicht: öfter Kombinationen mit Barbituraten sowie bei Darreichungsform als Tropfen Wirkstoffe in alkoholischer Lösung (keine Verordnung bei Alkoholikern)

15.1.6 Psychostimulanzien

Zielsymptome/Indikationen: Narkolepsie (Unterdrückung von Schlafattacken) und Überaktivität (Verbesserung von Konzentrations- und Leistungsfähigkeit) bei Kindern; keine weiteren Indikationen!

Fast synonym: Psychoanaleptika

Einteilung der Psychostimulanzien: heterogene Gruppe von Stimulanzien, Appetitzüglern, Psychotonika und Energizern

Dazu gehören:

- Amphetamine, besonders Methamphetamin (Pervitin®)
- Nichtamphetamine wie Methylphenidat (Ritalin®), Phenmetrazin (Preludin®), Fenetyllin (Captagon®), Amfetaminil (AN1®)

Nebenwirkungen und Komplikationen:

- Tachykardie, Hypertonie, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen
- Anorexie
- bei längerer Anwendung paranoid-halluzinatorische Psychosen
- bei Fehlindikation Suchtgefahr! hohes Mißbrauchspotential!

15.1.7 Psychotomimetika (Phantastika, Psychodysleptika)

Früher psycholytische (psychedelische) Therapie mit LSD; gegenwärtig keine therapeutische Anwendung

Substanzen: Lysergsäure-Diäthylamid (LSD), Tetrahydrocannabinol, Psilocybin, Mescalin

15.2 Elektrokrampftherapie (EKT)

Nach der Beobachtung (Meduna, 1934), daß Psychosen sich nach spontanen epileptischen Anfällen bessern, 1937 durch Bini und Cerletti Einführung der Elektrokrampfbehandlung (Erzeugung von tonisch-klonischen Krampfanfällen durch Anwendung von elektrischem Strom). Rasche Verbreitung, da damals kaum Psychopharmaka zur Verfügung standen.

Durchführung nur mit Zustimmung des Patienten und ggf. der Angehörigen! U. U. Einrichtung einer Betreuung!

Indikation: eingeschränkt, bei Versagen der Psychopharmakotherapie:

- schwere endogene Depressionen mit Suizidalität; depressiver Stupor
- febrile Katatonie (evtl. auch malignes neuroleptisches Syndrom)
- sog. Delirium acutum (Psychose unterschiedlicher Ätiologie mit ängstlicher Erregung und Verwirrtheit, schwerste vegetative Symptomatik, Störung des Flüssigkeitshaushalts)
- u. U. auch bei schizodepressiven Phasen, bei Wochenbettpsychosen und therapieresistenten Manien

Durchführung: somatische Voruntersuchungen (z. B. cave Hirndruck!) stets Kurznarkose unter Muskelrelaxation (Succinylcholin); mitigierte Krämpfe (früher ohne Muskelrelaxation häufig Kompressionsfrakturen im Bereich der unteren BWS; gegenwärtig sehr selten bei Osteoporose). Anlegen der Elektroden des Konvulsators, meist unilateral über der nicht dominanten Hirnhälfte (geringere amnestische Störungen), weniger schonend bitemporal; Stromstärke 200–900 Milliampere, Spannung 60–130 V, Dauer des Impulses $^{1}/_{5}$–3 s; Einstellung des Geräts so, daß die Krampfdauer 25 s, die Krampftätigkeit im EEG 30 s, Serie von insg. 6–12 Behandlungen mit etwa 2–4 Behandlungen pro Woche.

Gleichzeitige Ableitung von EKG, EEG und EMG

Nebenwirkungen und Komplikationen: Amnesie für die Behandlung; subjektiv meist keine unangenehmen Begleiterscheinungen; gelegentlich

Muskelkater nach der Behandlung; leichtes reversibles organisches Psychosyndrom; kein höheres Risiko als bei kurzen Narkosen

Komplikation: mittelschweres bis schweres organisches Psychosyndrom im Sinne eines amnestischen Syndroms mit Merkfähigkeits-, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, sehr selten kurzdauernde Verwirrtheitszustände; bei nicht mehr als 12 Behandlungen, keine Gefahr länger dauernder Schädigungen! Auch bei hohen Zahlen von EKTs kein Nachweis pathologisch-anatomisch erfaßbarer Hirnschäden

15.3 Sonstige Methoden

Insulinbehandlung

„*Große Insulinkur*" mit mindestens 40 insulininduzierten hypoglykämischen Komata wegen der damit verbundenen Risiken (Krampfanfälle, verlängertes Koma) heute obsolet. „*Kleine Insulinkur*" mit niedrigen Gaben von Insulin am Morgen mit geringfügiger Hypoglykämie und nachfolgendem reichlichen Frühstück wird dagegen gelegentlich bei depressiven Syndromen und Erschöpfungszuständen angewandt

Wachtherapie (Schlafentzug)

Therapeutische Anwendung des Nachtschlafentzugs bei Patienten mit Depressionen. Partieller (ab 2.00 Uhr) oder totaler Schlafentzug mit der Anweisung an den Patienten, nicht vor dem kommenden Abend das Bett wieder aufzusuchen. In Abständen mehrfache Anwendung! Besserung der Stimmung in den frühen Morgenstunden. Anhalten der günstigen Wirkung oft nur 1–2 Tage. Neuere Entwicklung: einmaliger Schlafentzug mit täglich unterschiedlichen Schlafenszeiten in den folgenden Nächten zur Wiederherstellung des Tag-Nachtrhythmus (Schlafphasenvorverlegung). Kombinierte Therapie mit Antidepressiva empfohlen.

Psychochirurgie

Früher in Form der präfrontalen Leukotomie, besonders in den USA häufig durchgeführt. Hohe Komplikationsrate! Gegenwärtig nur in sehr seltenen Fällen stereotaktische Operationen bei schweren Zwangskrankheiten und bei chronischer Unruhe von schwerst Intelligenzgeminderten (erethischer Schwachsinn)

16 Psychotherapie

16.1 Definition

Nach Hans Strotzka[1] ist Psychotherapie „eine Interaktion zwischen einem oder mehreren Patienten und einem oder mehreren Therapeuten (aufgrund einer standardisierten Ausbildung), zum Zwecke der Behandlung von Verhaltensstörungen oder Leidenszuständen (vorwiegend psychosozialer Verursachung) mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation, vorwiegend verbal oder auch averbal), mit einer lehrbaren Technik, einem definierten Ziel und auf der Basis einer Theorie des normalen und abnormen Verhaltens."

Psychotherapeutische Grundhaltung: Sie läßt sich als eine Kombination aus folgenden Faktoren beschreiben, die Besserung bzw. Heilung der Beschwerden des Patienten bewirken können: einem wertfreien Akzeptieren des Patienten, dem Bemühen um Einfühlung (Empathie), einem indirekten Beratungsstil und der Echtheit dieser Gesamthaltung (Kongruenz).

Psychotherapeutische Einstellung/psychotherapeutisches Basisverhalten des Arztes: Zuhören können, Offenheit für psychosoziale Belange des Patienten, Bemühen um Einfühlung und Verstehen, Mittragen und Stützen des Patienten in allen Bereichen des Erlebens und Verarbeitens von Problemen/Krankheiten. So gesehen ist unter Psychotherapie zunächst einmal eine spezifische Haltung des Arztes gegenüber all seinen Patienten zu verstehen.

[1] Strotzka H (1984) Psychotherapie und Tiefenpsychologie – Ein Kurzlehrbuch, 2. Aufl. Springer, Wien New York

16.2 Diagnostik

16.2.1 Das ärztliche Gespräch

Das ärztliche Gespräch dient als Instrument zur ersten, orientierenden Erfassung psychosozialer Störungen:

- Der Arzt muß damit rechnen, daß Patienten auch psychische oder soziale Störungen zunächst in der Form organisch anmutender Symptome „anbieten" (z. B. Schlaflosigkeit, diverse vegetative Beschwerden, unspezifische Schmerzsyndrome u. a. m.).
- Das Krankheitsangebot des Patienten muß gehört werden; es darf nicht auf eine ausschließlich organdiagnostische Sichtweise reduziert werden. Das ärztliche Gespräch ist behutsam-explorativ.
- Der Arzt muß neben anfänglicher somatischer Abklärung Lebensstil und Lebensqualität des Patienten eruieren. Dazu gehört vorrangig die Analyse der wichtigsten persönlichen Beziehungen des Patienten, um eventuelle Störungsquellen zu erkennen. Von vorschnellen Interpretationen/Deutungen ist Abstand zu nehmen. Es geht erst einmal darum zu erfahren, was ist. Lebensunzufriedenheit ist eine häufige Quelle für psychosoziale Gestörtheit.
- Wenn somatische Parameter negative Befunde erbracht haben, muß eine Mitteilung an den Patienten erfolgen, die ihn nicht kränkt (Motto: Sie haben nichts!), sondern ihm vermittelt, daß er somatisch glücklicherweise nicht krank sei, daß es aber durchaus sein könne, daß seine Probleme ihm Schmerzen bereiten, im Magen liegen, sein Herz beunruhigen, seinen Schlaf stören etc. Damit ist eine verbindende Brücke zwischen somatischen und psychologischen Störungsanteilen geschlagen.
- Der Arzt muß selbstkritisch beurteilen, ob die zugrundeliegende Störung von ihm selbst behandelt werden kann, oder ob er seinen Patienten besser fachspezifisch überweisen sollte. Auch die mögliche Überweisung bedarf einer einfühlsamen Begründung, zumal der Gang zum Psychiater/Psychotherapeuten für viele Patienten schwerer ist als der zum ihnen vertrauten Hausarzt. Kleinere Konflikte und Krisen sind sicher hausärztlich gut behandelbar, wenn der Arzt über eine entsprechende Grundhaltung (s. oben) sowie über Grundkenntnisse in der sogenannten „kleinen" Psychotherapie verfügt (Prinzipien von Beratung und Krisenintervention, stützende Psychotherapie).

16.2.2 Spezielle Gesprächstechniken (Erstinterview, tiefenpsychologische Anamneseerhebung)

Mit speziellen Interviewtechniken kann versucht werden, einen Zusammenhang zwischen der Symptomatik/Störung des Patienten und Details seiner Biographie herzustellen, d. h. seine Störung auf dem Hintergrund seiner bisherigen Entwicklung sichtbar und zumindest ansatzweise auch verstehbar werden zu lassen

Dazu ist es notwendig, bestimmte Punkte zu berücksichtigen:

- Die Beobachtung des szenischen Arrangements (wie „inszeniert" der Patient das Gespräch, wie erlebt er sein therapeutisches Gegenüber, welche Ängste/Erwartungen überträgt er auf den Arzt, welche Themen spricht er an, was verschweigt er, wie stellen sich Aktivität/Passivität zwischen den Gesprächspartnern her usw.)
- Gezielte Exploration der bisherigen Entwicklung (s. a. Kap. 2.3 Anamnese) unter besonderer Berücksichtigung von: Lebensbedingungen der frühen Kindheit, subjektivem Erleben der wichtigsten prägenden Beziehungspersonen, frühkindlichen und späteren Traumatisierungen (z. B. Verluste, Scheidung der Eltern, Gewalterleben inklusive körperlichem und sexuellem Mißbrauch), frühkindlichen und kindlichen Symptommanifestationen (z. B. Enuresis, Ängste und Phobien, Verhaltensstörungen)
- Versuch einer abschließenden gemeinsamen Überlegung mit dem Patienten, wie Symptomatik und frühere Einflüsse zusammenhängen könnten (Verständnisangebot, nicht Deutung!)
- Am Ende der Anamnese/des Interviews, das sich über mehrere Stunden erstrecken und an verschiedenen Tagen durchgeführt werden kann, stehen Überlegungen zur Indikation für Psychotherapie generell und zu einzelnen Verfahren im besonderen

Die *Indikation* zur Psychotherapie ist auch abhängig von der Motivation des Patienten sowie seinen intellektuellen und selbstkritisch reflektierenden Möglichkeiten. Generell sollte nicht die aufwendigste, sondern die am wenigsten eingreifende Therapiemethode vorgeschlagen werden.

Weniger günstig für den Erfolg sind mangelnde Frustrationstoleranz, Tendenzen zur Verwahrlosung, Komorbidität, Abhängigkeit, psychotische Störungen und starker sekundärer Krankheitsgewinn.

Kontraindikationen zur Psychotherapie gibt es eigentlich nicht. Die verschiedenen Möglichkeiten therapeutischer Interventionen (s. unten: Psychotherapieverfahren) müssen für den jeweiligen Patienten sorgfältig

erwogen werden, um ihn nicht zu überfordern und Abwehr/Widerstand nicht noch zu vergrößern. Einzige Kontraindikation wäre die – eher theoretisch vorstellbare – Situation, daß ein Patient mit starkem Leidensdruck nur klagen, sich aber unter gar keinen Umständen bzw. mit keinen angebotenen Methoden helfen lassen will. Hier wäre möglicherweise aber schon das Anhören der Klage in gewisser Weise kathartisch, auch wenn der Patient uns die „Übersetzung" der Klage verweigert.

16.3 Grundlagen

Es gibt zwei umfassende Theorien, die die Entstehung von Neurosen erklären und spezielle Behandlungsmethoden daraus ableiten: Die *psychodynamischen Therapien* und die *Verhaltenstherapien*

Psychodynamische Therapien: Beispielhaft ist die Psychoanalyse, die sicher die umfassendste Persönlichkeitstheorie entwickelt hat. Die darauf aufbauende Therapiemethode besteht in der Regel in einem mittel- bis langfristigen Verfahren, bei dem bestimmte Grundprozesse initiiert werden und in Gang kommen: Der Dialog zwischen Therapeut und Patient soll die Darstellung unbewußter Vorgänge und deren komplexer Verarbeitungsmodi fördern. Mit dem Mittel der freien Assoziation sowie der Analyse von Träumen und aktuellen Gefühlen/Problemstellungen des Patienten sowie der Beobachtung der Interaktion, d. h. der Beziehung, die der Patient zum Therapeuten aufbaut, bemühen sich beide am Therapieprozeß beteiligten Partner um *Verstehen* problematischer Lebensbereiche und deren mögliche (frühere) Entwicklungsbedingungen sowie letztlich um *Veränderung*. Dieser Prozeß wird überwiegend durch verbale Interpretationen und Deutungen des vorgebrachten Materials bewirkt. Verschiedene Widerstände und Abwehrmechanismen können den Prozeß der Veränderung/Heilung behindern. Dieses hat verschiedene Ursachen: Die Selbsterkenntnis des Patienten, d. h. die Erkenntnis seines eigenen Anteils an der Aufrechterhaltung seiner Störung, kann schmerzhaft, verunsichernd und kränkend sein und wird deshalb immer wieder behindert. Ferner können im therapeutischen Prozeß zunächst erwünschte „Übertragungen" früherer (meist familiärer) Gefühlskonstellationen dann hinderlich sein, wenn der Patient lange an ihnen festhält. Zudem kann die Aufdeckung des inneren Dramas des Patienten zu unbewußten Solidaritätskonflikten mit früheren wichtigen Bezugspersonen des Patienten führen („unsichtbare Bindungen") und ihn an der Lösung seiner neurotischen Fixierungen hindern. – Korrigierendes Erleben im Prozeß der Übertragung!

Der Therapeut soll, der Abstinenzregel entsprechend, nicht direkt aktiv werden, persönlich zur Ermöglichung von Projektionen des Patienten im Hintergrund bleiben sowie sich nicht in Gefühlsverstrickungen einlassen. (siehe Kap. 22 Ethik)

Verhaltenstherapien: Der Psychoanalyse als dem klassischen Beispiel für psychodynamische Therapien stehen die Verhaltenstherapien gegenüber, die sich gänzlich anderer Modellvorstellungen bedienen. Die Verfahren, die ihnen zugeordnet sind, leiten sich aus der experimentellen Lernpsychologie her. Ihnen gemeinsam ist eine naturwissenschaftlich-behavioristische Orientierung mit dem Ziel, erwünschte Verhaltensweisen aufzubauen und unerwünschte Verhaltensweisen zu eliminieren. Somit liefern die Lerntheorien das Grundgerüst, auf dessen Prinzipien die Verhaltenstherapie aufbaut. Die Krankheitskonzepte innerhalb der klinischen Psychiatrie, aber auch innerhalb der Tiefenpsychologie, werden von manchen Verhaltenstherapeuten abgelehnt, da sie das zu ändernde Verhalten als *das Problem* des Patienten ansehen. Dieses Problem wird als erlernte Reaktion verstanden und wird damit zum Ziel der therapeutischen Bemühungen.

Andere Therapieformen haben sich teilweise um diese beiden Grundformen entwickelt und sie modifiziert oder folgen anderen Prinzipien (wie z. B. die Körpertherapien), deren theoretische Grundlagen hier nicht dargestellt werden können (weiterführende Literatur hierzu im Literaturverzeichnis).

Im folgenden werden einzelne Psychotherapieverfahren kurz vorgestellt.

16.4 Darstellung einzelner Psychotherapieverfahren

- **Verbale und handlungsbezogene Therapieverfahren**
  - Psychoanalyse und tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapien und deren Modifikationen
  - Gesprächspsychotherapie
  - Verhaltenstherapien

- Entspannungsverfahren
  - autogenes Training
  - progressive Muskelentspannung
  - Hypnose und verwandte Verfahren
- Körperorientierte Verfahren
  - konzentrative Bewegungstherapie
  - funktionelle Entspannung

16.4.1 Verbale und handlungsbezogene Therapieverfahren

Psychoanalyse

Die Psychoanalyse (Kurzbeschreibung unter Grundlagen in diesem Kapitel) ist zur Anwendung in der Psychiatrie kein geeignetes Verfahren (Intensität, Zeitdauer, Indikationsprobleme).

In ambulanten Settings geeignet für Patienten mit gravierenden Lebensproblemen und lang anhaltenden, die Persönlichkeit umfassend betreffenden Störungen bei Vorliegen folgender Voraussetzungen auf seiten des Patienten:
- relative Ich-Stabilität, Kohärenz
- Fähigkeit zu Reflexion, Introspektion
- Bereitschaft, einen emotional intensiven Therapieprozeß über lange Zeit durchzuhalten

Indiziert als Verfahren, zumindest im klassischen Setting (3–4 Stunden pro Woche, im Liegen, über mehrere Jahre), nur für einen kleinen Teil von Patienten

Die aus der Psychoanalyse bzw. Tiefenpsychologie abgeleiteten und modifizierten Therapieverfahren erfassen weitere Indikationsbereiche. Solche Verfahren sind:
- die tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien (als Einzel- oder Gruppentherapie)
- die Kurzpsychotherapie
- die Notfallpsychotherapie

Gemeinsamkeiten dieser modifizierten Verfahren:
- unbewußte Anteile sind an Entstehung von Konflikten/Störungen beteiligt
- in der Therapie treten Übertragungsphänomene auf
- diese werden durch Deutung bewußt gemacht (Ausnahme: Notfallpsychotherapie)
- eine tiefe Regression wird eher verhindert

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien: Mittel- bis längerfristige Therapien; Patient und Therapeut sitzen sich gegenüber. Theoretischer Hintergrund: Psychoanalyse und andere tiefenpsychologische Schulen

Arbeit einmal an frühen Störungsanteilen, dann aber vor allem auch an Problemen im aktuellen Leben des Patienten (z.B. Beziehungsproblemen), seinem Selbstkonzept und dessen Störungen, aber auch Arbeit an der Übertragung und an vorherrschenden Abwehrmechanismen. Setting-Möglichkeiten: Anwendung dieses Verfahrens in der Einzelpsychotherapie, in der Paartherapie und in der Gruppenpsychotherapie

Katathym-imaginative Psychotherapie (KIP; Katathymes Bilderleben): Verfahren, das mit Tagtraumtechniken arbeitet. Im induzierten Tagtraum („Bildern" mit bestimmten Standardmotiven) finden sich optische Projektionen, die unbewußte, vorbewußte und bewußte Zustände bildhaft-symbolisch darstellen. Im Anschluß an die Phase der Imagination findet eine tiefenpsychologische Nachbearbeitung statt.

Das Verfahren eignet sich bei allen Formen von Neurosen, insbesondere auch bei Patienten mit rigider Abwehr, die mit den eher verbal-introspektiven Methoden der Tiefenpsychologie nur schwer zu erreichen sind.

Kurzpsychotherapien: Kurzzeit-Psychotherapie von wenigen bis ca. 25 Stunden. Beschränkung der Arbeit auf einen für den Patienten besonders relevanten Hauptkonflikt (Fokus). Patient und Therapeut sitzen sich gegenüber. Übertragungsaspekte werden wahrgenommen, aber nicht in dem Umfang angesprochen und bearbeitet wie in den längerfristigen Therapien.

Indiziert als Verfahren vor allem für Patienten nach Abklingen akuter Krisen oder für Patienten mit umschriebenen aktuellen Konflikten, die eine relativ rasche psychotherapeutische Hilfe benötigen. Gut geeignet auch für Patienten, die längere Therapien ablehnen oder die Voraussetzungen dafür nicht haben

Notfall-Psychotherapie: Kurzpsychotherapie in besonderen Dringlichkeits- und Krisensituationen.[2] Dauer: 1 bis ca. 6 Sitzungen. Indiziert z. B. in akuten Krisen, nach Suizidversuchen, nach Gewalttaten (z. B. Vergewaltigung), als erste Hilfe bei Katastrophen. Einstellung des Therapeuten ausschließlich auf das momentane krisenhafte Erleben des Patienten. Hilfe beim Ausdruck und der Verbalisierung aktueller Emotionen. Danach Strategien zur Distanzierung und Neuorientierung. Kombination mit Psychopharmaka (z. B. sedierende) sinnvoll und hilfreich

Gesprächspsychotherapie

Gesprächspsychotherapie (Synonym: klientenzentrierte Psychotherapie) als Verfahren wurde im Rahmen eines Therapiekonzeptes entwickelt, das auf den amerikanischen Psychologen Carl S. Rogers[3] zurückgeht. Das Verfahren wurde in Deutschland von R. Tausch[4] bekannt gemacht und in der Folge hier auch konzeptionell weiterentwickelt[5].

Im Unterschied zur Psychoanalyse basiert das klientenzentrierte Therapiekonzept auf einer Selbsttheorie, und der Therapeut fokussiert nicht die Übertragung, sondern einen Aspekt der Gegenübertragung, die unbedingte Wertschätzung.

Der therapeutisch wirksame Prozeß wird ermöglicht durch eine bestimmte Patient-Therapeut-Beziehung. Der Beitrag des Therapeuten zu dieser Beziehung ist dadurch gekennzeichnet, daß er auf der Grundlage eigener Kongruenz (d. h. er könnte sich seines gesamten eigenen momentanen Erlebens im therapeutischen Kontakt und dessen, was es für ihn bedeutet, bewußt werden) den Patienten empathisch versteht (Empathie) und zugleich fühlen kann, daß er diesen in seinem gesamten momentanen Erleben ohne Bedingungen wertschätzt (unbedingte Wertschätzung). Wenn der Patient dieses Beziehungsangebot annehmen kann, gewinnt er zunehmend Zugang auch zu seinem bisher nicht bewußten Erleben und dem, was es für ihn bedeutet (Selbstempathie), kann sich zunehmend mehr als eine Person von Wert achten (Selbst-Wertschätzung), und sein Selbstbild stimmt zunehmend mehr mit seinen Erfahrungen überein (Abnahme von Inkongruenz durch Selbstkonzeptveränderung).

---

[2] Reimer C, Arentewicz G (1993) Kurzpsychotherapie nach Suizidversuch. Springer, Berlin Heidelberg New York

[3] Rogers CR (1983) Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie (Original: Client-centered Therapy, 1951). Fischer (Reihe Geist und Psyche), Frankfurt

[4] Tausch R (1973) Gesprächspsychotherapie (5. Aufl.). Hogrefe, Göttingen

[5] Biermann-Ratjen E-M, Eckert J, Schwartz H-J (1997) Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen. 8. überarb. u. erweit. Aufl., Kohlhammer, Stuttgart

Das Verfahren hat ein breites Indikationsspektrum: Es kann bei allen psychotherapie-indikativen Störungen eingesetzt werden; darüber hinaus eignet es sich für die Behandlung sog. „früher“ Störungen (z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörungen) und Störungen mit unspezifischer, nicht auslösergebundener Symptomatik. Voraussetzung ist die Ansprechbarkeit des Patienten auf das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot. Die mittlere Therapiedauer bei ambulanter Behandlung beträgt ca. 70 Stunden über 2 Jahre.

Verhaltenstherapien

Definition: Verhaltenstherapien sind Psychotherapien, die vor allem die Erkenntnisse aus der allgemeinen, der experimentellen und der Sozialpsychologie unter Berücksichtigung relevanter Nachbardisziplinen wie z. B. Neurophysiologie und Neuroendokrinologie zur Anwendung bringen und die in diesen wissenschaftlichen Bereichen entwickelten Theorien zur Begründung einer psychischen Störung und deren Behandlung heranziehen.

Theoretische Grundlagen stellen besonders die verschiedenen **Lerntheorien** (operantes (instrumentelles) Konditionieren nach Skinner; klassische Konditionierung nach Pawlow) dar: Die Entwicklung und Ausdifferenzierung von Verhalten ist ohne Lernen nicht denkbar. Dementsprechend können Veränderungen der Verhaltensweisen von Menschen als Lernprozeß dargestellt und verstanden werden.[6,7]

Hinter dem Begriff „Verhaltenstherapien“ verbergen sich eine Reihe teils sehr unterschiedlicher Behandlungstechniken, von denen die wichtigsten dargestellt werden.[8]

- ***Systematische Desensibilisierung:*** Sukzessive Konfrontation des Patienten mit angstauslösenden Situationen, zunächst in der Vorstellung (in sensu), dann auch in der Realität (in vivo). Therapievorbereitend erlernt der Patient ein Entspannungsverfahren (z. B. progressive Relaxation nach Jacobson). Im entspannten Zustand wird auftretende Angst „reziprok gehemmt“ (reziproke Hemmung, Gegenkonditionierung)
- ***Angstbewältigungstraining:*** Der Patient lernt, aufkommende Angst durch Entspannung zu kontrollieren und zu reduzieren. Der Patient

---

[6] Linden M, Hautzinger M (1996) (Hrsg) Verhaltenstherapie, 3. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York

[7] Margraf J (1996) (Hrsg) Lehrbuch der Verhaltenstherapie (2 Bde). Springer, Berlin Heidelberg New York

[8] Hautzinger M (1996) Verhaltenstherapie und kognitive Therapie. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 191–272

lernt hierbei, Anzeichen zunehmender Spannung und Erregung zu registrieren und frühzeitig durch Entspannung zu bewältigen.

- ***Exposition und Reizkonfrontation:*** Mit diesen Begriffen werden therapeutische Verfahren beschrieben, bei denen Patienten mit verschiedenen Angststörungen den aversiven Reizen, der gefürchteten Situation bzw. den gefürchteten Objekten direkt ausgesetzt werden. So konfrontiert man Zwangskranke nach Verhaltensanalyse und Hierarchisierung der zwangsauslösenden Situationen mit den Reizen: graduiertes Expositionsmanagement (Habituation)
  Reizüberflutung („Flooding") wird ein Verfahren genannt, in dem der Patient so lange in der Angstsituation verbleiben muß, bis die Angst abnimmt. Dadurch kann die Erfahrung ermöglicht werden, daß die angstauslösenden Situationen erträglich sind. Flucht- und Vermeidungsverhalten sind dabei grundsätzlich nicht zugelassen.
- ***Operante Methoden:*** Methoden, die zur Ausformung von Verhalten, zur Stärkung und zur Aufrechterhaltung (Stabilisierung) von Verhalten beitragen sollen (z. B. „positive Verstärkung" als Mittel zur Auftrittshäufigkeit erwünschten Verhaltens). Aber auch Techniken zum Abbau störender Verhaltensweisen („Bestrafung", „Löschung").
- ***Aversionstherapie:*** Bildung bedingter Reflexe durch negative Verstärker (Strafreize, z. B. elektrische Schläge, Brechmittel) bei der Behandlung von sexuellen Deviationen oder Alkoholismus (eher obsolet!)
- ***Modellernen:*** Durch Lernen am Verhalten einer Person oder eines Symbols (Modell) sollen neue Fertigkeiten erworben werden. Indiziert als Methode vor allem dann, wenn Patienten neue Fertigkeiten erwerben sollen, sie aber nicht in der Lage sind, diese allein aufgrund von Instruktionen zu lernen.
- ***Selbstsicherheitstraining/Rollenspiele:*** Begriff für ein komplexes verhaltenstherapeutisches Vorgehen zum Abbau sozialer Ängste und zur Förderung sozialer Fertigkeiten und positiver Selbstwahrnehmung. Rollenspiele und Verhaltensübungen stellen die wesentlichsten therapeutischen Methoden dabei dar.
- ***Problemlösetraining:*** Strategien zur Erarbeitung von Problemlösungswegen in problematischen Situationen: Zunächst Problemformulierung, dann Erarbeitung von Alternativen und schließlich Auswahl der Alternative mit dem günstigsten Ergebnis. Besonders geeignet für Patienten, die Schwierigkeiten haben, in problematischen Situationen angemessen zu reagieren bzw. die zu unüberlegten und impulsiven Reaktionen neigen.
- ***Selbstkontrolle:*** Bezeichnung für das Erlernen wirksamer Methoden zur Selbststeuerung, auch Selbstmanagementtherapie genannt. Mittels verschiedener Methoden (z. B. Selbstbeobachtung, Selbstverstärkung, Verhaltensverträge) soll der Patient in die Lage versetzt werden, aktuelle und zukünftige Probleme selbstgesteuert zu analysieren, zu beeinflussen und dauerhaft zu verändern.

Kognitive Therapien: Methoden zum Abbau von krankmachenden Denkprozessen, Vorstellungen, Erwartungen. Durch Veränderungen von Denkmustern kommt es zu Änderungen von Verhalten.

Kognitive Therapiekonzepte wurden z. B. zur Behandlung von Depressionen[9] und Panikstörungen entwickelt. Das kognitive Vorgehen in der Depressionstherapie zielt auf die depressiv-negativen Vorstellungen und Erlebnisweisen ab (kognitive Triade der Depression nach Beck: negative Selbsteinschätzung, subjektive Überforderung durch die Umwelt, negative Zukunftsvorstellungen).

Bei Panikstörungen (Angstanfällen) wird ein Erklärungsmodell für den Teufelskreis der Angst erarbeitet, aus dem dann die weiteren Behandlungsschritte abgeleitet werden.

16.4.2 Entspannungsverfahren

Autogenes Training: Verfahren nach Johannes Heinrich Schultz (1884–1970)[10] zur konzentrativen (Selbst-)Entspannung. Besteht aus Übungen, zunächst unter Anleitung eines mit dem Verfahren vertrauten Therapeuten, später nach Erlernen gut vom Patienten selbst zu üben. Die körpergerichteten Übungen umfassen:

- Übungen zu Ruhe und Schwere
- Übungen zum Erleben von Wärme
- Übungen zur Regulation bestimmter Organe (Herz) bzw. vegetativer Funktionen (Atmung)

Effekte: Entspannung, Beruhigung, Selbstkontrolle, Schmerzbekämpfung, Verbesserung des Körpergefühls

Indiziert besonders bei Patienten mit psychovegetativen Irritationen, Erschöpfungszuständen, Angst- und Unruhezuständen, Schlafstörungen

Progressive Muskelentspannung: Verfahren von E. Jacobson[11]: Selbstentspannungstechnik auf der Grundlage einer psychophysiologischen

[9] Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1992) Kognitive Therapie der Depression. Psychologie Verlags-Union, Weinheim
[10] Schultz JH (1991) Das Autogene Training. 19. Aufl. Thieme, Stuttgart
[11] Jacobson E (1938) Progressive Relaxation. Univ Chicago Press, Chicago

Muskelarbeit. Praktische Übungen mit Entspannung der Gliedmaßen in ihren einzelnen muskulären Anteilen und größerer Muskelgruppen.

Indiziert bei Patienten mit psychosomatischen Störungen und Krankheiten, auch als Entspannungsverfahren bei Verhaltenstherapien.

Hypnose: Definiert als durch Suggestion herbeigeführter schlafähnlicher Zustand mit Bewußtseinseinengung und besonderem Kontakt zum Hypnotiseur.

Die Bewußtseinssenkung bewirkt erhöhte Suggestibilität und fördert regressive Prozesse (Passivität, Hingabe). Bedeutsam für das Gelingen ist die Herstellung einer positiven affektiven Beziehung zwischen Hypnotiseur und Hypnotisand. Dadurch nimmt die Neigung zur Identifikation mit dem Arzt zu, und die suggerierten Vorstellungen werden eher angenommen

Herstellung eines hypnotischen Zustandes mit der Fixationsmethode (ein kleiner Gegenstand wird möglichst nah fixiert, es treten Ermüdungserscheinungen auf, der Fixationsgegenstand wird undeutlich. Begleitende monotonisierende Verbalsuggestionen (Ruhe, Wärme, zunehmende Müdigkeit, Schläfrigkeit) führen in den hypnotischen Zustand)

Einzelbehandlung ist zu bevorzugen

Indiziert bei Patienten mit positiver Suggestibilität und mit bestimmten psychosomatischen Erkrankungen (z. B. Herzphobie, Asthma). Kontraindikationen: Patienten mit Psychosen und Vergewaltigungstraumata in der Vorgeschichte

16.4.3 Körperorientierte Verfahren

Konzentrative Bewegungstherapie (KBT): Die konzentrative Bewegungstherapie wurde von E. Gindler[12] in den Grundprinzipien beschrieben und von J. E. Meyer[13] sowie Stolze[14] mit Miriam Goldberg und Becker[15] als psychotherapeutisches Behandlungsverfahren eingeführt.

[12] Gindler E (1926) Gymnastik des Berufsmenschen. Gymnastik 1: 82–89

[13] Meyer JE (1961) Konzentrative Entspannungsübungen nach Elsa Gindler und ihre Grundlagen. Psychother Med Psychol 11: 116–127

[14] Stolze H (1978) Konzentrative Bewegungstherapie. In: Die Psychologie des 20. Jahrhundert, Bd III (S 1250–1275). Kindler, Zürich

[15] Becker H (1989) Konzentrative Bewegungstherapie, 2. Aufl., Thieme, Stuttgart New York

Verschiedene körperbezogene Übungen unter Einschluß der Atmung mit dem Ziel, „Anspüren" des eigenen Körpers und damit eine Verbesserung des Körpererlebens zu erreichen, und zwar durch ein Spüren des Körpers in vier Hauptpositionen (liegen, sitzen, stehen, gehen), durch Spüren des Körpers im Raum und durch Erspüren einzelner Körperfunktionen. Die KBT geht damit über Entspannungstechniken im engeren Sinne hinaus.

Das Verfahren wird überwiegend in psychosomatischen Kliniken praktiziert, meist als Gruppenverfahren.

Indiziert für Patienten mit funktionellen und psychosomatischen Beschwerden, auch bei Patienten mit Neurosen. Insbesondere auch bei Patienten mit Körperschemastörungen oder Neigung zum Intellektualisieren.

Häufig wird dieses Verfahren mit einem anderen (z. B. verbalen) kombiniert.

Funktionelle Entspannung: Von Marianne Fuchs[16] entwickeltes Verfahren. Gemeinsam mit autogenem Training: konzentrative Selbstentspannung sowie angestrebte Selbstregulation gestörter Funktionen. Es fehlen aber Selbsthypnose und autosuggestive Vorstellungen

Verfahren ohne feste Regeln, ausgehend von der Erfahrung, daß schon minimale Empfindungen, Vorstellungen, Fehlspannungen den persönlichen Atemrhythmus stören können und daß dieser um so besser in eine optimale Gleichgewichtslage zurückfindet, je freier die Haltung des betreffenden Menschen ist, je mehr dieser sich „zentriert in seiner Mitte". Der Patient empfängt sitzend oder liegend wertneutrale Anregungen zur Entspannung (z. B. Loslassen, Hergeben, Sich-fallen-lassen, Sich-gehen-lassen usw.). Diese Anregungen führen dazu, daß der Patient sich konkret in seinem Körper entdeckt und findet.

Gutes Beispiel für Kombination eines verbalen und averbalen Therapieverfahrens. Ziel: verbesserte Selbstwahrnehmung über leibliche Zustandsänderungen.

Die FE ist – ähnlich wie das autogene Training – gut geeignet für Patienten mit psychosomatischen Beschwerden und Krankheiten. Das Verfahren kann sowohl einzeln als auch in Gruppen durchgeführt werden.

[16] Fuchs M (1989) Funktionelle Entspannung, 4. Aufl., Hippokrates, Stuttgart

16.5 Psychotherapie in der Psychiatrie

Hier sollen lediglich die Formen der Psychotherapie mit ihren Indikationen erwähnt werden, die innerhalb des Faches Psychiatrie zur Anwendung kommen. Generell ist zu sagen, daß Psychotherapie grundsätzlich zum therapeutischen Behandlungsspektrum psychischer Erkrankungen gehört. Ziel: Beeinflussung im Sinne von erfolgreicher Veränderung von Leidenszuständen bzw. Verhaltensstörungen, Bewältigung psychosozialer Problemsituationen durch Vermittlung bzw. Erwerb generalisierter und stabiler Strategien zu effektiver und (als wesentliches Therapieziel) selbständiger Problembewältigung. Qualität der Arzt-Patient-Beziehung wesentlich (partnerschaftliche Interaktion und Kooperation, geringes Machtgefälle)

In der Psychiatrie werden folgende Formen von Psychotherapie angewendet:

- *Einzelpsychotherapie* (eher nicht psychoanalytische Therapie, sondern biographisch orientierte Gespräche und Gespräche mit Zentrierung auf das Hier und Jetzt des Erlebens und Verhaltens; Vorteil: Bewußtseinsnähe, Emotionalität in unmittelbarem Zusammenhang mit derzeitigen Ereignissen/Erlebnissen/Gefühlen).
  Ein psychotherapeutisches Verfahren, das im Setting der Einzelpsychotherapie in der Psychiatrie zunehmend eingesetzt wird, ist die ***interpersonelle Psychotherapie***, begründet vor über 25 Jahren von Klerman und Weissman[17]. Die IPT ist als fokussierte Form von Kurztherapie (ca. 12–20, in der Regel einmal pro Woche stattfindende Einzelsitzungen) zu verstehen und wird vor allem bei der Behandlung von depressiven Störungen eingesetzt. Dabei liegt der Schwerpunkt der Behandlung auf der Bewältigung zwischenmenschlicher Probleme, die mit dem Auftreten der Depression zusammenhängen. Der Therapeut verhält sich überwiegend aktiv-unterstützend und aufbauend. Die Kombination dieser Psychotherapiemethode mit Psychopharmaka, aber auch mit anderen Psychotherapieverfahren ist möglich und – je nach fallbezogener Indikation – sinnvoll.
- *Gruppenpsychotherapie* insbesondere zur Veränderung zwischenmenschlicher Beziehungsstörungen sinnvoll. Nähe zu realen Gruppenbeziehungen im Leben des Patienten („Gruppe als sozialer Mikrokosmos"). Nutzung und Mobilisierung der Gruppenkräfte: durch vom Therapeuten geförderte Kooperation und Kohäsion zunehmende Offenheit und Vertrauen der Gruppenmitglieder, Förderung der Kommunikationsfähigkeit. Auch wegen der Zeitökonomie zu bevorzugen
- *Kurzpsychotherapie* (bereits beschrieben): häufig wegen des Vorteils der Begrenzung auf umschriebenes Therapieziel indiziert
- Eventuell Kombination von Psychotherapie und medikamentöser Therapie
- Beratende und psychotherapeutische Arbeit mit Angehörigen von Patienten.
- Ehepaar- bzw. Paartherapie: z. B. psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutische Behandlung sexueller Störungen (Masters und Johnson)
- Familientherapie: 1. Psychoanalytisch orientierte Familientherapie
  2. Systemische Familientherapie: Veränderung der Regeln der sozialen Interaktion im Familiensystem, z. B. Erkennung von Kollusionen (unbewußtem Zusammenspiel von Familienmitgliedern), (paradoxe) Interventionen des Therapeuten als Symptomverschreibungen oder Regelvereinbarungen

[17] Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES (1984) Interpersonal Psychotherapy of Depression. Basic Books, New York

Allgemeine Therapieprinzipien

Hierzu zählen die

- *Formulierung von Therapiezielen* im Sinne eines interaktionellen Prozesses der Zielfindung, Zielvereinbarung, Zielsetzung
- *Spezifikation konkreter Behandlungsziele* (Globalziel und Teilziele) und der zur Zielsetzung erforderlichen psychotherapeutischen Strategien
- *Evaluation der Teilziele* (Korrektivfunktion)
- *Stützende (supportive) Psychotherapie* als allgemeines Therapieprinzip relativ unabhängig von der zugrundeliegenden Störung.
  Definition:
  Supportive Psychotherapie ist eine Sammelbezeichnung für unterschiedliche Techniken und Vorgehensweisen, die zum Ziel haben, akute psychische Dekompensationen zu beheben bzw. zu mildern. Mit diesem Vorgehen werden nicht primär Einsicht und Erkenntnis gefördert bzw. Reifungsschritte initiiert. Der supportiv arbeitende Therapeut bietet dem Patienten Hilfe bei aktuellen Problemen und Konflikten an, indem er
  - eine nicht überfordernde, positiv getönte Beziehungsform bevorzugt und
  - Handlungsanweisungen und Hilfen zur Abreaktion gibt.

  Mit einem solchen Vorgehen wird beabsichtigt, die akuten Symptome, Konflikte oder Dekompensationen abzumildern, bestenfalls zu beseitigen und die Abwehr zu stabilisieren, weil in Zuständen akuter Dekompensation eine kausale, konfliktbearbeitende Therapie häufig nicht

möglich ist. Ergänzend hierzu können Entspannungsübungen, z. B. im Sinne des autogenen Trainings, hilfreich sein.

Indikationsbereiche

Neurosen/Reaktionen: prinzipiell alle erwähnten Verfahren möglich: abhängig von Neuroseform, Einsichtsfähigkeit des Patienten (Reflektieren) und Stärke der Abwehr des Patienten bzw. Therapiemotivation (Wunsch nach Veränderung)

- *tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie* bei Patienten mit guten Ich-Fähigkeiten (Introspektions- und Reflexionsfähigkeiten sowie Veränderungspotential)
- *Verhaltenstherapie* bevorzugt bei Angstneurosen, Phobien und Zwangsneurosen.
- *autogenes Training* als Zusatz oder alleinige Therapie bei neurotischen Patienten mit starken Spannungszuständen oder mit vegetativen und psychosomatischen Begleitsymptomen

Psychosen: prinzipiell ist Vorsicht bei Indikation spezieller Psychotherapie geboten; insbesondere analytische Psychotherapie sollte speziell dafür ausgebildeten Therapeuten vorbehalten bleiben. Begründung: psychotische Symptomatik, ausgeprägte Ich-Störungen, eventuell auch kognitive Störungen können den psychotherapeutischen Prozeß erschweren bzw. den Patienten irritieren, eine weitere Labilisierung und Dekompensation sowie Suizidalität provozieren oder verstärken. Nach Abklingen der psychotischen Symptomatik und unter der Voraussetzung einer auf seiten des Patienten gegebenen Therapiemotivation kann eine (nicht überfordernde!) Therapie indiziert sein

Abhängigkeitserkrankungen: nicht a priori Psychotherapie, sondern zunächst Prüfung der Motivation zur Entwöhnung, ggf. Motivationstherapie (z. B. in Gruppen Betroffener). Dann Einleitung einer Entwöhnungsbehandlung, erst daran anschließend Erwägung einer Psychotherapie in Absprache mit dem Patienten. Therapie insbesondere sinnvoll bei Patienten, die Suchtmittel zur Bewältigung neurotischer Symptome einsetzen (wie z. B. Angstneurotiker, Phobiker, neurotisch Depressive, Patienten mit Persönlichkeitsstörungen)

Psychogeriatrische Erkrankungen: nach Abklärung bzw. Ausschluß somatischer Faktoren im Zusammenhang mit psychischen Auffälligkeiten Therapie sinnvoll bei akuten Konflikten und Zuspitzung neurotischer Verhaltensweisen im Alter. Frühere Vorstellungen von Altersbegrenzung

bei Indikation zur Psychotherapie sind nicht mehr haltbar: Alter ist nicht generell gleichzusetzen mit Starrheit, Unveränderbarkeit, mangelnder Einsichtsfähigkeit (mancher 20jährige ist „älter" als ein dynamisch gebliebener 80jähriger!)

16.6 Weiterbildung des Arztes in Psychotherapie

Erwerb psychotherapeutischen Basiswissens (Vermittlung entsprechender Kenntnisse auf zahlreichen Fortbildungs- bzw. Weiterbildungsveranstaltungen) für jeden Arzt erforderlich!

Auch für den nicht psychotherapeutisch/psychiatrisch tätigen Arzt wichtig: Erwerb von Kenntnissen in Neurosenlehre, von Techniken der sogenannten „kleinen Psychotherapie" (ärztliche Gesprächsführung, Beratungstechniken; Kriseninterventionsstrategien; autogenes Training) sowie Teilnahme an Balint-Gruppen (Möglichkeit zur Kommunikation über Problempatienten)

Allein das richtig genutzte *ärztliche Gespräch* bietet eine Fülle von Kommunikationsmöglichkeiten und Ansatzpunkten für (therapeutische) Problemlösungen durch

- Herstellung einer vertrauensvoll-stabilen, über die somatische Untersuchung hinausgehenden Arzt-Patient-Beziehung
- Offenheit für Problembereiche des Patienten und
- die gemeinsame Suche nach Lösungsmöglichkeiten

Spezielle Weiterbildungsmöglichkeiten

Es eröffnen sich 3 Möglichkeiten:

- Innerhalb der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit Teilnahme an entsprechenden Curricula: In der Regel etwa dreijährige Weiterbildung in Psychotherapie innerhalb der psychiatrischen Institution, die zur Weiterbildung ermächtigt ist. Ein kleiner Teil dieser Weiterbildung muß außerhalb der Institution, in der der Arzt angestellt ist, absolviert werden (gilt besonders für Selbsterfahrung und Supervision selbständig durchgeführter Psychotherapien)
- Innerhalb der Weiterbildung zum Facharzt für Psychotherapeutische Medizin mit einer mindestens dreijährigen Weiterbildung in Psychotherapie und Psychosomatik in einer dazu ermächtigten Institution. Gefordert wird zusätzlich ein Jahr in der Psychiatrie und ein Jahr in der Inneren Medizin. Auch hier muß ein kleiner Teil der Weiterbildung außerhalb der weiterbildungsermächtigten Institution absolviert wer-

den (insbesondere die Selbsterfahrung). Dieser neue Facharzt-Typ bietet eine vertiefte Psychotherapie-Weiterbildung und eignet sich für jene Ärzte, die später ausschließlich psychotherapeutisch arbeiten wollen

- Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnungen „Psychotherapie" oder „Psychoanalyse". Die Weiterbildung zu diesen beiden Zusatzbezeichnungen steht allen Ärzten offen, die nicht eine der beiden vorgenannten Facharztbezeichnungen erwerben wollen. Hier findet ebenfalls ein mehrjähriges Curriculum in Psychotherapie bzw. Psychoanalyse statt, allerdings berufsbegleitend. Die inhaltlichen Anforderungen zum Erwerb dieser Zusatzbezeichnungen können von der jeweiligen Landesärztekammer angefordert werden

Ärzte, die keine spezielle psychotherapeutische Weiterbildung anstreben, aber dennoch eine gewisse psychotherapeutische Kompetenz erwerben wollen, sollten sich einer Balint-Gruppe anschließen. Solche Gruppen für Ärzte ohne besondere psychotherapeutische Ausbildung wurden von dem Psychoanalytiker Michael Balint gegründet, der in ihnen ein Instrument sah, aufkommende Probleme in der Arzt-Patient-Beziehung unter Kollegen und in Anwesenheit eines besonders ausgebildeten Leiters zu besprechen. Balint-Gruppen sind oftmals entscheidende Hilfen im Umgang mit sogenannten Problempatienten. Zumeist treffen sich bis zu 10 Ärzte wöchentlich über einen Zeitraum von mehreren Jahren. Häufig bilden Kollegen aus einer Stadt eine Gruppe und suchen dann einen geeigneten Gruppenleiter. Andererseits besteht die Möglichkeit einer fraktionierten Teilnahme an Balint-Gruppen, z. B. während psychotherapeutischer Tagungen. Auch hier kann von eigenen „Problemfällen" berichtet werden

Aus der Praxis der Balint-Gruppen-Erfahrung gewinnen viele Teilnehmer die Erkenntnis, daß es immer wieder bestimmte Patienten sind, mit denen sie besondere Schwierigkeiten haben. Dies führt zu dem Wunsch, mehr für sich selbst zu tun und schließlich eine spezielle Selbsterfahrung zu suchen. Sie kann in Form einer Einzeltherapie oder in einer Gruppe erfahren werden. Ärzte, die sich einer solchen Selbsterfahrung unterzogen haben, berichten oftmals, daß sie nicht nur für sich selbst und ihr Privatleben, sondern auch für den Umgang mit Patienten wesentlich gewonnen haben

Neu ist die Regelung der Berufstätigkeit der *Psychologischen Psychotherapeuten* und der *Kinder-* und *Jugendlichenpsychotherapeuten*, wie sie in einem entsprechenden Gesetz im Juni 1998 vom Bundesministerium für Gesundheit festgeschrieben worden ist. Damit wurde der Heilberuf des Psychologischen Psychotherapeuten klar umrissen. Die Psychologischen Psychotherapeuten erhalten nach Abschluß ihrer psychotherapeutischen Qualifizierung eine Approbation, die sie zur Berufsausübung berechtigt und – bei Erfüllen bestimmter Voraussetzungen – eine (bedarfsabhängige) Kassenzulassung. Sie sind damit Mitglieder der regionalen kassenärztlichen Vereinigungen und somit den Ärztlichen Psychotherapeuten gleichgestellt. In speziellen Weiterbildungsgängen (3 oder 5 Jahre) an dazu ermächtigten Weiterbildungsinstituten kann die Qualifizierung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder in Verhaltenstherapie erworben werden.

Fallbeispiele

Fallbeispiel 16.1

Ein 42jähriger Mann wird nach 22 Jahre dauernder Ehe auf für ihn sehr kränkende Art und Weise von seiner Frau verlassen. Das einzige gemeinsame Kind entscheidet sich dafür, bei der Mutter zu bleiben und zieht sich ebenfalls vom Patienten zurück. Dieser gerät daraufhin in eine Phase akuter Verzweiflung mit Angstanfällen, Schweißausbrüchen, Schlafstörungen und schließlich auch Suizidgedanken, so daß der Hausarzt eine Überweisung in eine psychiatrische Klinik vornimmt, in der der Patient zwei Wochen auf einer offenen Station behandelt wird. In dieser Zeit wird ein kurzpsychotherapeutisches Verfahren durchgeführt, zunächst mit dem Ziel, die Heftigkeit der Reaktion auf die Trennung besser zu verstehen. Hierzu finden sich entsprechende Traumata in der Biographie des Patienten: Seine Mutter hatte den Vater verlassen, als der Patient 5 Jahre alt war. Die Mutter hatte daraufhin eine Depression entwickelt und einen Suizidversuch unternommen, so daß sie für mehrere Wochen klinisch-psychiatrisch behandelt werden mußte. Bei der gezielten biographischen Anamneseerhebung kam zudem heraus, daß der Patient im Alter von 2 Jahren wegen Diphtherie 4 Wochen in einem Krankenhaus behandelt worden war. In dieser Zeit hatte er nach seiner Erinnerung seine Eltern kaum sehen dürfen.

Auf der Kenntnis dieser traumatischen biographischen Details baute die Kurzpsychotherapie auf, während der die Trennungstraumatisierung und die daraus folgende Trennungsängstlichkeit des Patienten fokussiert bearbeitet wurde. Der Patient konnte seine heftige Reaktion besser verstehen und seine Krise schließlich an dem Punkt überwinden, an dem es möglich wurde, mit ihm zu erörtern, welche Verhaltensweisen von ihm den Trennungswunsch seiner Frau begünstigt haben könnten. Hierbei wurde deutlich, daß er während der Ehe eigentlich in ständiger ängstlicher Erwartung einer Trennung gestanden hatte, und daß er dementsprechend – ihm allerdings unbewußt – verschiedene Verhaltensweisen

gegenüber der Ehefrau entwickelt hatte, die der Pflege einer beständigen Beziehung nicht dienlich waren. Die schließlich erfolgte Trennung bestätigte seine innere Erfahrung, daß er immer wieder verlassen werden würde. Die Bearbeitung dieser unbewußten Anteile ermöglichte beim Patienten letztlich einen Ausweg aus seiner Krise und eine Wiederaufnahme seiner Arbeit als Lehrer.

Kurzpsychotherapie

Fallbeispiel 16.2

Ein 26jähriger Student, der sich im Erstgespräch als „immer schon nervös und vegetativ" beschreibt, fühlt sich subjektiv am meisten dadurch gestört, daß er in ihn belastenden Situationen (z.B. bei Prüfungsvorbereitungen, in Prüfungen, aber auch im Kontakt mit anderen Menschen) Herzklopfen, gelegentlich auch Extrasystolen sowie Schweißausbrüche bekommt. In seiner Biographie sieht er keine besonders belasteten Bereiche, die er mit dieser Symptomatik in Zusammenhang bringen könnte. Er selbst sei mit sich und seinen Beziehungen sonst auch recht zufrieden, nur diese Symptomatik würde stören.

Der behandelnde Hausarzt schlug dem Patienten vor, das autogene Training zu erlernen und führte die ersten 8 Sitzungen gemeinsam mit ihm und weiteren Patienten in einer Trainingsgruppe durch. Der Patient lernte in den Übungen die Kontrolle über seine vegetativen Funktionen und war davon so begeistert, daß er die Übungen zu Hause regelmäßig fortsetzte. In einem katamnestischen Gespräch ein halbes Jahr nach dem Erstkontakt berichtete er dem Hausarzt stolz, daß seine Symptomatik praktisch verschwunden sei. Lediglich in einer mündlichen Prüfung habe er leichten Magendruck und einen trockenen Mund bemerkt. Insgesamt sei er aber zufrieden.

Autogenes Training

Fallbeispiel 16.3

Eine 36jährige Bibliothekarin kommt auf Druck ihres Lebenspartners in psychotherapeutische Behandlung. Sie benennt zunächst eine Orgasmusstörung als ihr wesentliches Problem: beim Geschlechtsverkehr kann sie regelhaft nicht zum Orgasmus kommen. Bei der Hinterfragung dieses Symptoms wird deutlich, daß die Patientin nicht nur sexuelle Aktivitäten insgesamt ablehnt, sondern auch ein sehr schlechtes Verhältnis zu ihrem eigenen Körper hat, was sich u. a. darin ausdrückt, daß sich beim Streicheln durch ihren Partner verschiedene Mißempfindungen und depressive Gefühle bei ihr einstellen.

In der biographischen Anamnese kommt heraus, daß sie aus einem streng religiösen Milieu stammt, in dem die positive Besetzung von Körperlichkeit verpönt war. Erschwerend kam hinzu, daß ein Onkel von ihr mehrfach versucht hatte, sie sexuell zu mißbrauchen, als sie 7 Jahre alt war. Mögliche Zusammenhänge zwischen diesen biographischen Details und den jetzigen Schwierigkeiten, Körperlichkeit als lustvoll zu erleben und zu akzeptieren, waren der Patientin durchaus bewußt. Sie konnte aber ihr Erleben trotzdem nicht verändern.

Die Psychotherapeutin entschloß sich zur Durchführung einer konzentrativen Bewegungstherapie, während der die Patientin allmählich lernte, ihren eigenen Körper besser zu spüren und die wahrgenommenen Empfindungen zu verbalisieren und zu akzeptieren. Unter der fördernden Unterstützung der Therapeutin konnte sie schließlich ihre „subjektive Leiblichkeit" auch lustvoll erleben. Damit konnte eine bleibende Verbesserung des Körpererlebens erreicht werden. Folge dieses Fortschritts war, daß die Patientin in der Beziehung zu ihrem Partner mehr Körperkontakt zulassen konnte und dieses auch als angenehm empfand.

Konzentrative Bewegungstherapie

17 Soziotherapie, Versorgung, Rehabilitation

17.1 Soziotherapie

Definition: praktisch-therapeutische Anwendung sozialpsychiatrischer Theorien (Untersuchung und praktische Berücksichtigung sozialer Faktoren in bezug auf Entstehung, Verlauf und Behandlung psychischer Erkrankungen). Unverzichtbare Komponente jeglicher psychiatrischen Therapie: Einsatz soziotherapeutischer Behandlungsformen, die mit der Annahme von Eigenverantwortung und eigener Entscheidung verbunden sind, statt Ausgliederung und Dauerhospitalisierung, deren häufige Folge das Institutionalismus- oder Hospitalismussyndrom ist mit Initiativverlust, Rückzug und Aufgabe der sozialen Rolle; in stark ausgeprägten Fällen Stereotypien, Einkoten, Apathie etc. – Berücksichtigung der individuellen Belastbarkeit der Patienten; optimale Stimulierung mit Beachtung der angemessenen „Nähe und Distanz". Besonderer Schwerpunkt bei chronischen oder zur Chronifizierung neigenden Erkrankungen wie den schizophrenen Psychosen

Therapeutische Gemeinschaft

Zusammenleben einer Gruppe von Behandelnden und Patienten im Psychiatrischen Krankenhaus mit dem therapeutischen Ziel, psychisch Kranken die Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu ermöglichen. Aufbau eines therapeutischen Systems mit offener Kommunikation, weitgehender Aufgabe hierarchischer Strukturen, Förderung persönlicher Entscheidungsfähigkeit und Beteiligung aller am therapeutischen Prozeß mit den damit verbundenen Grundrechten und Grundpflichten. Strukturierung des Tagesablaufs durch Arbeit und Freizeitgestaltung. Schaffung eines günstigen therapeutischen Klimas für die Anwendung einzelner Behandlungsmethoden.

Einführung nach Ende des Zweiten Weltkriegs, zunächst in den USA (T. F. Main) und Großbritannien (Maxwell Jones).

Milieutherapie

Während die Therapeutische Gemeinschaft in Idealform häufig nicht erreichbar ist, ist die sog. Milieutherapie im Krankenhaus leichter zu verwirklichen:

- Angebot unterschiedlicher kommunikationsfördernder Therapieformen
- Vorwegnahme zukünftiger Anforderungen in der Gesellschaft (Probehandeln) „So normal wie möglich"
- Beteiligung aller Patienten an gemeinsamen Aufgaben
- zahlreiche unterschiedliche Gruppen mit Behandlung von Rollenkonflikten und pathologischen Interaktionen (aber: keine nivellierende Rollendiffusion, Vermeidung einer „idealen" therapeutischen Insel!)
- Einbeziehung von Bezugspersonen wie Familie, Partner und Freunde in die therapeutische Arbeit
- täglich, je nach Stationstyp auch seltener, stattfindende Stationsversammlung (Großgruppe) mit Ärzten und Krankenpflegepersonal (Plenum): Besprechung des Stationsprogramms, etwa Ausflüge, kulturelle Veranstaltungen etc.; Verteilung von Arbeiten (Küchendienst, Blumengießen etc.); Besprechung kontroverser Fragen wie etwa Raucherlaubnis in bestimmten Bereichen der Station, Gestaltung der Fernsehprogramme etc.
- Voraussetzung auch baulich eine entsprechende Gestaltung der, soweit irgend möglich, nach außen offenen Stationen mit Aufenthalts- und Gruppenräumen; entsprechendes Mobiliar, um eine wohnliche Atmosphäre zu schaffen; gemeinsame Behandlung von Männern und Frauen, in vielen Krankenhäusern ein immer noch nicht erreichtes Ziel! Möglichkeiten der gemeinsamen Aufnahme von Müttern mit Babies und kleinen Kindern. – Möglichst direkter Zugang zu einem Stationsgarten

Vielfältiges Behandlungsangebot

Um den Fähigkeiten und Bedürfnissen der Patienten möglichst vielseitig gerecht zu werden, sollte das Behandlungsangebot einer modernen Psychiatrischen Klinik umfangreich sein und Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen umfassen. Die Patienten sollten aber auch nicht durch Überaktivierung „erschlagen" werden.

- ***Ergotherapie*** in Form von:
  - *Beschäftigungstherapie:* mehr künstlerisch-kreativ: Ton-, Holz-, Metall-, Textilarbeiten, künstlerische Gestaltungstechniken
  - *Arbeitstherapie* (Werktherapie): eher realitätsbezogen, z. B. Fahrradwerkstätte, Fotolabor, Keramikatelier, Tischlerwerkstätte etc. Auch

Möglichkeit der Serienproduktion sowie Auftragsarbeiten von externen Firmen mit Termindruck
- *Gartentherapie* (Hortotherapie): Möglichkeit der Erfahrung und Auseinandersetzung mit Erde, Pflanzen und organischem Wachstum, evtl. auch mit der Tierpflege

- ***Krankengymnastik*** mit Gruppengymnastik und Entspannungsgruppen, evtl. Sporttherapie und Tanz
- ***Musiktherapie:*** möglich als „passive Form" der Musiktherapie (Hören und Interpretieren) und „aktive Form" mit Musizieren im sozialen Kontakt; wichtig vor allem als kommunikatives psychotherapeutisches Medium in der Gruppe, zunächst averbal über die Instrumente, bei der anschließenden gemeinsamen Besprechung dann auch verbal als Mittel des Selbsterlebens
- ***Weitere Möglichkeiten:*** Psychodrama, Soziodrama, Märchenspielgruppe, Geschichtsgruppe (oral history), Computerlernprogramme, unterschiedliche Außenaktivitäten wie Wandern, therapeutische Reisen etc.
- ***Sozialarbeit:*** im Psychiatrischen Krankenhaus unabdingbar. Vermittelt einen großen Teil der Kontakte nach außen: Vorbereitung der Entlassung, Finden neuer Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten, schwierige Kontakte mit den eigenen Angehörigen, finanzielle Beratungsaufgaben u. a. Vielerorts auch Betreuung von Angehörigengruppen und Nachsorgeklubs

17.2 Versorgung

Infolge beträchtlicher Mißstände und Mängel in der psychiatrischen Versorgung („Brutale Realität" in den psychiatrischen Abteilungen für chronisch Kranke) in der Bundesrepublik Deutschland, Beauftragung (1971) und Bericht (1975)[1] einer Kommission, der sog. Psychiatrie-Enquête, mit folgenden ***Reformvorschlägen:***

- Umfassende und bedarfsgerechte Versorgung (Forderung nach Spezialisierung in bestimmten Bereichen wie Suchtbehandlung, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie)
- Gemeindenahe Versorgung (dezentralisiert, rekommunalisiert; Vorrang von ambulanter vor stationärer Behandlung; Einrichtung von Polikliniken)
- Bedarfsgerechte Koordination (Kontinuität der Behandlung; Zusammenarbeit mit außermedizinischen Institutionen in der Kommune, der Arbeitsverwaltung, der Justiz und insbesondere auch Einbeziehung von Laien)
- Gleichstellung seelisch und körperlich Kranker (wenn möglich Reintegration der Psychiatrie in die allgemeine Medizin

[1] Bundestags-Drucksache 7/4200 und 4201

Seither deutliche Verbesserung der Versorgungslage mit der Tendenz ambulant und komplementär vor stationär. Aufgrund des Fehlens einer Übersicht über die in der Bundesrepublik existierenden Dienste bzw. einer zentralen Institution zur Sammlung von Informationen über bestehende Versorgungsinstitutionen ist jedoch der gegenwärtige Stand kaum darstellbar

Untergliederung der gegenwärtigen psychiatrischen Versorgung
- *Stationäre Versorgung*
- *Teilstationäre Versorgung*
  - Tageskliniken
  - Nachtkliniken
- *Komplementäre Versorgung/Einrichtungen*
- *Ambulante Versorgung*
  - niedergelassene Nervenärzte
  - Polikliniken bzw. Ambulanzen
  - Sozialpsychiatrische Dienste
  - weitere Einrichtungen im ambulanten Bereich

Mit der psychiatrischen Versorgung im engeren Sinne als Teil der medizinischen Versorgung ist die psychotherapeutische und die soziale Versorgung eng verbunden
Neben der allgemeinen Psychiatrie haben sich spezielle Versorgungssysteme herausgebildet:
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Gerontopsychiatrie
- Sucht
- psychisch kranke Rechtsbrecher
- geistig Behinderte (Intelligenzminderung)

Stationäre Versorgung

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es etwa 60 000 Psychiatriekrankenhausbetten (Anzahl von Krankenhausbetten bezogen auf Einwohner: Innere Medizin 2,2 ‰, Chirurgie 2,1 ‰, Psychiatrie 1,3 ‰, Frauenheilkunde 1,1 ‰).

Trend: Verringerung der Zahl der Planbetten auf etwa 0,5–1‰, mehr Betten in kleineren Abteilungen und Reduzierung der Betten in den Großkrankenhäusern; größere Zahl von Krankenhausaufnahmen bei kürzerer Verweildauer
- Anstieg der Zahl der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern von 21 (1971) auf 162 (1999); Übernahme der Gemeindenahen Versorgung (u. a. Aufnahmeverpflichtung für Zwangseinweisungen)

Trotz Verbesserung der Situation in den Landeskrankenhäusern während der letzten 20–25 Jahre immer noch ***Mißstände und Mängel*** in psychiatrischen Krankenhäusern:
- ungünstige geographische Lage (oft zu weit von der Wohnbevölkerung entfernt; für zu große Versorgungsregionen zuständig)
- zu große Bettenanzahl im einzelnen Krankenhaus, zu hoher Anteil geschlossener Stationen, zu viele zwangsuntergebrachte Patienten, noch häufig nach Geschlecht getrennte Behandlung (bei gemischten Stationen sollten auch frauenspezifische Möglichkeiten aufgeboten werden!)
- unzureichender Ausbau des Nachsorgesystems
- problematisch: der erwünschten Reduktion von Betten in psychiatrischen Krankenhäusern steht eine überproportionale Zunahme von Betten in meist gemeindefernen Suchtkliniken und psychosomatischen Kliniken gegenüber, aber auch ein Anstieg der Heimplätze

Teilstationäre Versorgung

Definition: Behandlung/Betreuung erfolgt nur während eines Teils des Tages, überwiegend in Tageskliniken, seltener in Nachtkliniken (im übrigen mit vollstationärer Betreuung vergleichbar):
- ***Tageskliniken:*** in der Bundesrepublik Deutschland über 2000 Tagesklinikplätze in mehr als 100 Einrichtungen, etwa 20 Plätze pro Institution
  Schwerpunkte: Krisenintervention (Vorschalt-Tagesklinik zur Vermeidung stationärer Behandlung; Verkürzung der stationären Behandlungsdauer (am häufigsten Patienten mit Psychosen, Rezidivbehandlung); Nachsorge; Rehabilitationsmaßnahmen; auch Kindertageskliniken und psychogeriatrische Tageskliniken
  Vorteil: Der Patient bleibt weitgehend im gewohnten Milieu, ist nachts und am Wochenende zuhause. Intensive Tagesstrukturierung
  Nachteil: gelegentlich Überforderung bei weniger belastungsfähigen Patienten
  Kontraindikation: Suizidalität und Sucht, neuerdings gerontopsychiatrische und spezielle Sucht-Tageskliniken

- ***Nachtkliniken:*** meist keine selbständigen Institutionen. Integration von Nachtklinikbetten in bestehende stationäre Behandlungseinrichtungen

Komplementäre Versorgung/Einrichtungen

Definition: Einrichtungen überwiegend nichtmedizinischen Charakters, zwischen stationärer und rein ambulanter Behandlung angesiedelt, mit dem Angebot (in erster Linie) rehabilitativer Hilfen (vgl. Berufliche Rehabilitation, S. 263)

Beispiele: Übergangsheime, Dauerwohnheime, Pflegeheime; therapeutische und freie Wohngemeinschaften; therapeutisches Wohnen; beschützende Wohnungen mit betreuender Unterstützung; Tageszentren

Ambulante Versorgung

- ***Niedergelassene Nervenärzte:*** psychiatrische Behandlungsprävalenz durch niedergelassene Nervenärzte 2–3 % der Bevölkerung im Jahr. Die große Anzahl der niedergelassenen Nervenärzte (gegenwärtig unter 1:20000 der Bevölkerung, in den letzten 10 Jahren etwa Verdopplung der Anzahl niedergelassener Nervenärzte: BRD 1980: 1463–1999: 4800 niedergelassene Nervenärzte; dazu 1200 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie) ist ein spezielles Phänomen Mitteleuropas. In vielen anderen Ländern statt dessen fast nur Polikliniken und Ambulanzen. In der Bundesrepublik Deutschland oft ungünstige Verteilung der niedergelassenen Nervenärzte auf bevorzugt städtische Gebiete. Neben den Ärzten für Psychiatrie und Neurologie (Nervenärzte) zunehmend spezialisierte Ärzte nur für Neurologie oder nur für Psychiatrie und Psychotherapie, daneben mit einem Schwerpunkt Psychosomatik der Arzt für Psychotherapeutische Medizin; Ärzte aller Fachrichtungen können die Zusatztitel „Psychotherapie“ und „Psychoanalyse“ erwerben. – Niedergelassen auch psychologische Psychotherapeuten (psychoanalytische Verfahren und Verhaltenstherapie), ferner Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- ***Polikliniken bzw. Ambulanzen:*** Screening-Funktion *vor* stationärer Aufnahme, *Nach*sorge von Patienten mit besonderen Behandlungsproblemen (Betreuung spezieller Patientengruppen: Suchtambulanz, Sprechstunden für Depot-Neurolepsie, Prophylaxe von affektiven Störungen mit Lithium, Sexual-Ambulanz etc.). In den psychiatrischen Polikliniken nur relativ geringe Patientenzahlen

- ***Sozialpsychiatrische Dienste:*** meist Angliederung an Gesundheitsämter, gelegentlich auch an Freie Träger
  Funktion: Betreuung psychisch Kranker in der Gemeinde (in der Regel kein Behandlungsrecht!). Einweisung stationärer Behandlung Bedürftiger bei fehlender Krankheitseinsicht nach PsychKG (nach Bundesländern unterschiedliche Psychisch-Kranken-Gesetze), somit Ausstattung mit hoheitlichen Funktionen
- ***Weitere Einrichtungen im ambulanten Bereich:*** Patientenklubs mit offenen oder geschlossenen Gruppen, Selbsthilfegruppen (insbesondere im Suchtbereich), Teestuben, Kontaktzentren und Treffs von ehemaligen Patienten oder Beratungssuchenden, Angehörigengruppen
- ***Einrichtungen im Vorfeld:*** Beratungsstellen verschiedenster Art, insb. jedoch Praktische Ärzte und Allgemeinmediziner, die psychisch Kranke oft zuerst beraten (Filter- und Überweisungsfunktion)

Integrierte Versorgung

Entscheidend für eine befriedigende psychiatrische Grundversorgung der Bevölkerung ist Integration aller genannten Behandlungs-, Betreuungs- und Beratungsaktivitäten, jeweils in bestimmten regionalen Bereichen (Sektoren, Standardversorgungsgebieten bzw. Versorgungsregionen, Gemeinden bzw. Gebietskörperschaften); Größenordnung 100 000–150 000 Einwohner. In den letzten Jahren verstärkt sich eine Tendenz weg von der institutionszentrierten hin zur personenzentrierten Versorgung. Es sollen also nicht mehr in erster Linie den ermittelten Bedarf abdeckende Einrichtungen „vorgehalten" werden, sondern notwendige patientenbezogene Leistungen ermöglicht und finanziert werden. Darüber hinaus ist die eher überregionale Organisation der Versorgung für ***besondere Patientengruppen*** erforderlich:

- ***Kinder- und Jugendpsychiatrie:*** Versorgung durch etwa 80 Abteilungen und Kliniken und etwa 150 niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater (Bedarf liegt bei über 1000) sowie durch nichtärztliche Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche
- ***Gerontopsychiatrie:*** Versorgung in Tageskliniken, spezialisierten Pflegeheimen, zahlreichen Abteilungen und Stationen von Landeskrankenhäusern. Wichtig sind diagnostische gerontopsychiatrische Zentren in Verbindung mit der Inneren Medizin. Spezielle psychotherapeutische Abteilungen für ältere Menschen sind selten
- ***Suchtkranke:*** Integration akut Kranker in das psychiatrische Versorgungssystem; akute körperliche Entgiftung (Entzug I) und mehrwöchige Motivationsgruppenbehandlung (Entzug II) meist stationär; auch Installation ambulanter Programme; mittel- und langfristige Entwöhnungsmaßnahmen in besonderen Suchtkliniken. Ambulante Nachbetreuung vorwiegend in Gruppen, insb. Selbsthilfegruppen
- ***Psychisch kranke Rechtsbrecher:*** Versorgung in einem gesonderten, der Justizverwaltung unterstellten System, das großenteils in die Landeskrankenhäuser integriert ist
- ***Kranke mit neurotischen und psychosomatischen Störungen:*** Entwicklung eines psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgungssystems (zahlreiche Psychosomatische Kliniken, häufig jedoch gemeindefern). Ambulante Betreuung durch Ärzte für Psychotherapeutische Medizin und Ärzte anderer medizinischer Fächer mit Zusatztitel „Psychotherapie und/oder Psychoanalyse" sowie nichtärztliche psychologische Psychotherapeuten; psychotherapeutische Beratungsstellen etc.

17.3 Rehabilitation

Definition: alle Maßnahmen zum Ausgleich einer Behinderung, deren Ziel die Wiederherstellung der körperlichen, geistigen und seelischen Funktionen (*medizinische, berufliche* und *soziale* Rehabilitation) sowie die Wiedereingliederung in die Gesellschaft und die Erlangung größtmöglicher persönlicher Autonomie der Patienten ist.

- ***Behinderung*** bezieht sich entsprechend WHO-Definition auf
  - *Schädigung* (impairment) entsprechend Normabweichung psychischer oder physiologischer Funktionen oder Struktur,
  - *Fähigkeitsstörung* (disability) entsprechend Störung von Aktivitäten in Bezug auf die Umwelt
  - *Beeinträchtigung* (handicap) entsprechend sozialer Rolleneinschränkung oder -verlust als Nachteil für den Betreffenden

Die WHO hat eine Internationale Klassifikation der Behinderungen erarbeitet (ICIDH-2)

Medizinische Rehabilitation: funktionsfördernde ärztliche Maßnahmen. Definitorisch beträchtliche Überschneidung mit medizinischer Behandlung. Begleitet die beiden anderen Bereiche der Rehabilitation

Berufliche Rehabilitation: Maßnahmen im Bereich der Arbeits- und Berufsfindung: Arbeitstherapie in der Klinik, Behindertenwerkstätten, beschützte Arbeitsplätze, freier Arbeitsmarkt; schulische und Berufsberatung, Umschulungsmaßnahmen; Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) etc.

Soziale Rehabilitation: Maßnahmen im Wohn- und Freizeitbereich. Nach Entlassung aus stationärer Behandlung Schaffung von Wohnmöglichkeiten, etwa im Übergangsheim, in der therapeutischen Wohngemeinschaft, in freier Wohngemeinschaft, schließlich selbständiges Wohnen. (Wieder)erlernen von Tages- und Freizeitgestaltung; Aufbau von sozialen Bezügen; Erreichen von persönlicher Autonomie

Problematisch: komplizierte Finanzierung der Rehabilitation in der BRD durch unterschiedliche Kostenträger (Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Sozialhilfeträger, Arbeitsverwaltung), deren jeweilige Zuständigkeit oft erst zeitaufwendig bestimmt werden muß

Exkurs: *Psychiatrie und Kunst:* ein von der Öffentlichkeit sehr beachteter Bereich der Psychiatrie: nicht nur die Darstellung psychisch Kranker in der Kunst (schon bei Pieter Breughel dem Älteren „Die dulle Griet" oder bei Dürer die „Melancholia") sondern vor allem die Kunst der Menschen mit Psychosen weithin zuerst bekannt geworden durch Hans Prinzhorn „Bildnerei der Geisteskranken" (1922). Im Künstlerhaus in Gugging bei Wien eine „Malerkolonie" von Leo Navratil eingerichtet, heute von internationalem Bekanntheitsgrad. Im übrigen in vielen psychiatrischen Behandlungseinrichtungen kunsttherapeutische Ateliers mit hohem Standard. Voraussetzung der Kunst von Schizophrenen ist ein Talent, das sich unter günstigen Umständen kreativ enfalten kann; viele psychotische Menschen erreichen diese Möglichkeiten aber nicht. Nicht die Psychose malt als solche, sondern der Mensch in seiner Psychose.

18 Prävention

Caplan (1964) unterscheidet 3 Arten der Prävention:
- **Primärprävention:** Maßnahmen zur Verhinderung bzw. Verringerung des erstmaligen Auftretens psychischer Störungen
- **Sekundärprävention:** Maßnahmen zur Früherkennung und Frühbehandlung psychischer Störungen mit dem Ziel der Verkürzung der Erkrankungsdauer und der Verhinderung von Rückfällen
- **Tertiärprävention:** insbesondere Rehabilitations- und Resozialisierungsmaßnahmen zur Geringhaltung möglicher Folgeschäden bzw. chronischer Auswirkungen von psychischen Erkrankungen

Gemeinsam sind den 3 Arten der Prävention:
- die explizite Betonung der Vorbeugung gegenüber der Korrektur
- die Abkehr von der Einzelfallhilfe

Caplan G (1964) Principles of preventive psychiatry. Basic Books, New York

Im folgenden wird vor allem die Primärprävention als Vorbeugung im engeren Sinne behandelt.

Ziele der Primärprävention

Allgemein: Umstellung des ärztlichen Denkens, Blickrichtung weg vom Kranken stärker auf den Gesunden (Vorbeugung statt Korrektur!)
- Ausschaltung bzw. Milderung krankheitsfördernder Faktoren
- Erhöhung der Widerstandsfähigkeit gegenüber ungünstigen Einflüssen
- Maßnahmen der Krisenbewältigung

Maßnahmen der Primärprävention

- ***Im medizinisch-physischen Bereich:*** Sicherung der medizinischen Grundversorgung. Ausbau von Beratungsdiensten, z. B. genetische Be-

ratung von Personen aus belasteten Familien: Konzeptionsverhütung, ggf. Interruptio (z. B. Chorea Huntington), Früherkennung und Frühbehandlung von Erbkrankheiten, z. B. bei Anlage zum Phenylbrenztraubensäure-Schwachsinn Prophylaxe durch Gabe von phenylalaninarmer Kost. Förderung von Schutzmaßnahmen gegen somatophysische Schädigungen, die zu psychischen Erkrankungen führen können

- *Im psychosozialen Bereich:* Förderung einer ungestörten intellektuellen und emotionalen Entwicklung durch Unterstützung der Grundvoraussetzungen für eine verläßliche Interaktion mit wichtigen Bezugspersonen (stabile Eltern-Kind-Beziehung). Vermeidung von Hospitalisierungssyndromen in der Kindheit
- *Im soziokulturellen/sozioökonomischen Bereich:* Zugang zu Bildung und Ausbildung. Materielle Sicherung der Lebensgrundlagen durch Förderung der psychologischen Aspekte der Arbeitsmedizin (Festsetzung von Belastungshöchstnormen, Vermeidung von Schädigung durch Isolation, Lärm etc., soweit psychische Störungen hieraus resultieren können), psychohygienische Beratung bei Stadtplanungs- und Wohnungsbauvorhaben (Prävention von Ghettosituationen für Angehörige der sozialen Unterschicht, Vermeidung von einseitig wirtschaftlich motivierten Sanierungen mit der Folge von Entwurzelung langansässiger Bewohner etc.). Maßnahmen zur Verringerung des Alkoholkonsums durch Werbeverbot und Preisgestaltung bzw. zweckgebundene Steuererhöhung. Vermeidung von Suchtgefahren; Erschwerung der Beschaffung von Drogen, aber auch von Medikamenten, die zur Abhängigkeit führen können. Aufklärung über Gefahren durch Drogen und Alkohol z. B. kontinuierlich in der Schule. Verminderung der Drogenkriminalität durch Verringerung der Nachfrage; Schwergewicht nicht auf staatlicher Kontrolle und Polizeimaßnahmen, sondern auf Primär- (und Sekundär-) prävention; neuerdings verstärkt Legalisierungsdiskussion

Bewertung

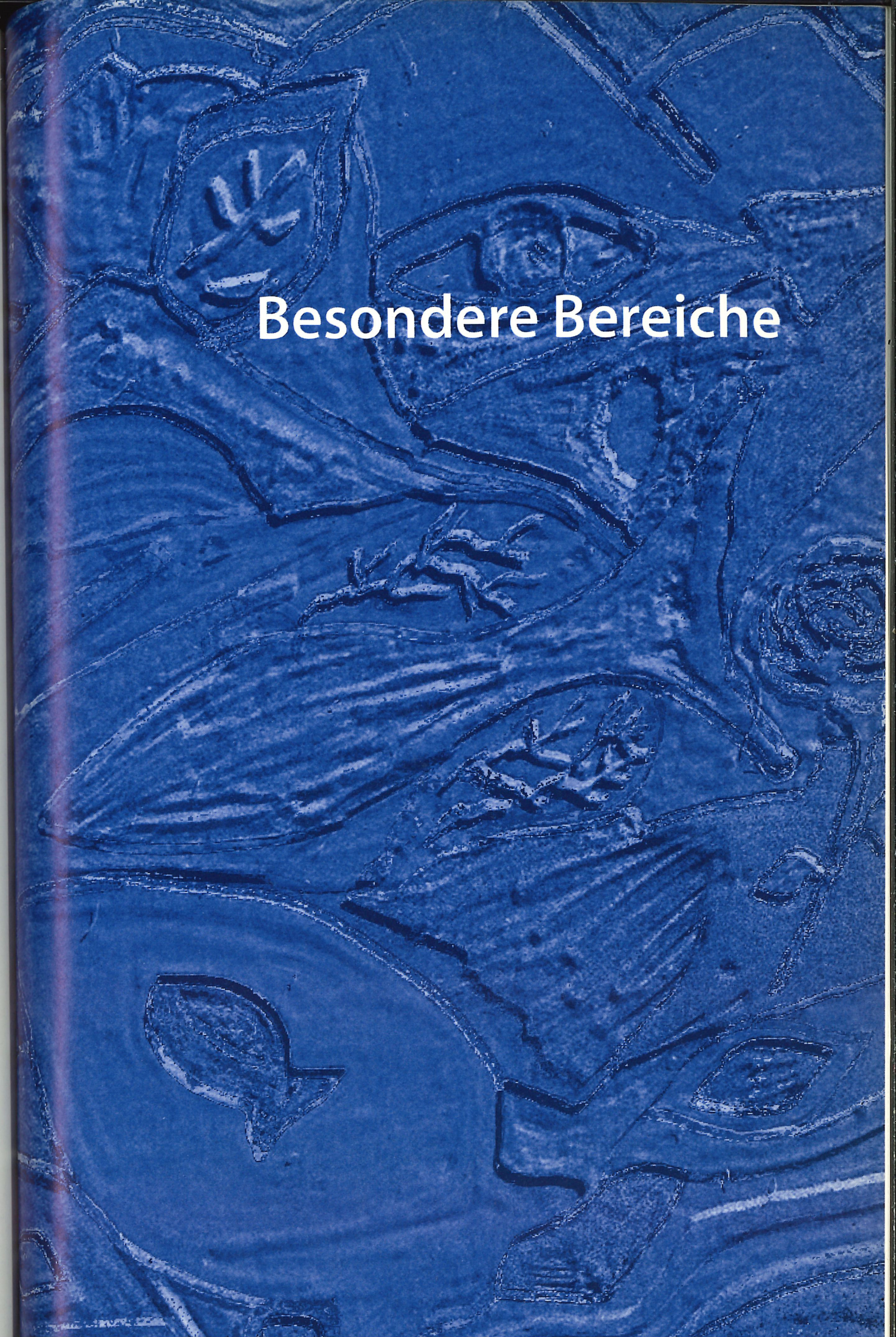
Die genannten Primärpräventionsmaßnahmen sind in der Psychiatrie bisher *nur begrenzt verwirklicht,* da sie abhängig sind von:

- Wissensstand über Krankheitsursachen
- Vermeidbarkeit der Krankheitsursachen
- Bereitschaft einzelner und der Gesellschaft, vermeidbare Krankheitsursachen auszuschließen

Beste Chancen einer gezielten Primärprävention bestehen bei psychogenen Erkrankungen (durch günstige Gestaltung der allgemeinen Lebensbedingungen), bei einigen Erbkrankheiten (durch Früherkennung, ggf. auch Interruptio) sowie bei Abhängigkeits- und Suchtproblematik. Leider bestehen bei Alkohol und Nikotin, die hohe Steuereinnahmen erbringen, beträchtliche Verstrickungen aller Art (persönlich, ökonomisch etc.), insbesondere auch bei den Meinungs- und Entscheidungsträgern der Gesellschaft, ganz im Unterschied zu den illegalen Drogen, die überwiegend Randgruppen betreffen.

Bei Schizophrenien und manisch-depressiven Erkrankungen ist eine Primärprävention in begrenztem Umfang durch genetische Beratung möglich, die *Sekundärprävention* im Sinne einer Rückfallprophylaxe (durch entsprechende Milieugestaltung, durch Depotneuroleptika bzw. Lithium- oder Carbamazepinprophylaxe) ist häufig erfolgreich.

Besondere Bereiche



19 Suizidalität und Krisenintervention

19.1 Suizidalität

19.1.1 Definition

Suizidalität ist der Oberbegriff für:

- ***Suizidhandlungen*** (Suizidversuch bzw. Parasuizid, vollendeter Suizid) definiert nach Stengel (1969)[1] als jeder Akt freiwilliger Selbstbeschädigung, bei welchem der Handelnde nicht sicher sein kann zu überleben, und
- ***Suizidgefährdung*** (suizidale Gedanken, Impulse, Pläne im Vorfeld suizidaler Handlungen). Erfassung von Suizidgefährdung ist Aufgabe der Sekundärprävention (s. S. 265)

19.1.2 Epidemiologie

Suizidhandlungen

Häufigkeit: Suizid gehört zu den 10 häufigsten Todesarten in Europa und den USA: ca. 13 000 Suizidtote pro Jahr in der BRD. Suizidrate (Tote durch Suizid im Jahr pro 100 000 Einwohner) ca. 20 in der BRD. Absinken der Suizidrate in nationalen Krisenzeiten (z. B. Krieg). Das Verhältnis Suizid : Suizidversuch ist ca. 1 : 10–20 (evtl. mehr, hohe Dunkelziffer)

Methoden: bei *Suizid* häufiger „harte" Methoden (z. B. Erhängen, Erschießen), bei *Suizidversuchen* zu 80–90% Intoxikationen mit Medikamenten und/oder Alkohol (WHO registriert drastischen Anstieg der Zahl suizidaler Intoxikationen bei Krankenhausaufnahmen Erwachsener in der westlichen Welt). Wahl der Methode bei einer Suizidhandlung evtl. grober diagnostischer Hinweis (harte Methoden häufiger bei Psychosen)

---

[1] Stengel E (1969) Selbstmord und Selbstmordversuch. Fischer, Frankfurt a. M.

Geschlecht: Das Verhältnis Männer : Frauen ist bei *Suizid* etwa 2 : 1, bei *Suizidversuch* etwa 1 : 2–3. Häufung von Suizidversuchen bei jüngeren Frauen

Alter: bei *Suizid* größte Gefahr mit zunehmendem, d. h. im mittleren und höheren Lebensalter. Besonders gefährdet: alte, alleinstehende Männer. Bei *Suizidversuch* Altersgipfel zwischen 15 und 25 Jahren

Personenstand, Konfessionszugehörigkeit: höchste Suizidrate bei Geschiedenen. Bei Suizidversuchen sowohl Geschiedene als auch ledige Männer besonders repräsentiert. Kirchenbindung wirkt nach Durkheim (1897)[2] antisuizidal, dies gilt jedoch nicht generell (z. B. hohe Suizidraten auch in katholischen Ländern wie Österreich und Ungarn)

Schichtzugehörigkeit: höhere *Suizid*raten bei Angehörigen der Oberschicht (besonders Männer), aber auch bei ungelernten Arbeitern; Zusammenhang zwischen Suizid und Arbeitslosigkeit gesichert. *Suizidversuchs*raten höher in Unterschicht und unterer Mittelschicht

Saisonale Abhängigkeiten: Frühjahrsgipfel bei Suiziden

Ökologie: Tendenz zu höheren Suizidraten in städtischen Bereichen, hohe Suizidversuchsraten in städtischen Wohngebieten mit hoher sozialer Desintegration (hohe Arbeitslosigkeit, hohe Kriminalität etc.)

Krankheit: Suizidgefährdung steigt bei Krankheiten, z. B. psychischen Erkrankungen (s. Ätiologie)

Transkulturelle Aspekte: Ansteigen von Suizidraten in Zeiten starken kulturellen (Werte-)Wandels (z. B. Japan). Suizid gilt in manchen Kulturen als akzeptierte oder erwünschte Problemlösung (z. B. Witwensuizid in Indien)

Gleichzeitiger Suizid (Tod) mehrerer Personen:
- *erweiterter Suizid:* Selbsttötung unter absichtlicher Tötung von Bezugspersonen ohne deren Einwilligung (z. B. bei schweren Deppressionen)
- *Doppelsuizid:* gemeinsame Selbsttötung zweier Menschen (klassisches Beispiel Heinrich von Kleist und Henriette Vogel 1811)
- *Massenselbstmord:* gemeinsame Tötung zahlreicher Personen in existentieller Bedrohung (historisches Beispiel Selbsttötung der Juden in Masada vor Einnahme der Festung durch die Römer im Jahre 73)

[2] Durkheim E (1983) Der Selbstmord. Suhrkamp, Frankfurt (Erstauflage: Paris 1897)

Suizidgedanken

Ca. 14–20 % der Allgemeinbevölkerung kennen Suizidgedanken. Ärzte machen für sich wesentlich höhere Angaben (etwa 50 %)

19.1.3 Ätiologie

Häufige Suizidhandlungsmotive:
- *Appell* (Ausdruck eines „cry for help“ an andere, z. B. Partner oder Arzt). Häufig infolge von Kontaktschwierigkeiten, Einsamkeit, Verlust oder Selbstwertproblematik (psychodynamisch: aufgrund zugrundeliegender Selbstwertstörung kann Kränkung nicht angemessen verarbeitet werden, Auseinandersetzung mit kränkender Situation/Außenwelt wird durch Suizidversuch umgangen)
- *Autoaggression:* aggressive Wendung von nach außen gehemmter Aggressivität gegen sich selbst infolge Enttäuschung oder Kränkung
- *Wunsch nach Zäsur bzw. Pause* („Verschnaufpause“ in einer unlösbar erscheinenden persönlichen Situation; Hoffnung, dadurch etwas Distanz zu gewinnen)

Präsuizidales Syndrom (Ringel 1969)[3] charakterisiert durch *Einengung* (Isolation, Kontaktstörung, Vereinsamung, Werteverlust), *Aggressionsumkehr, Suizidphantasien* (häufig zunächst vage Vorstellungen, die mit zunehmender Einengung immer drängender werden können)

Stadien suizidaler Entwicklung (Pöldinger 1982)[4]:
- *Erwägung* (Suizid wird als mögliche Problemlösung in Betracht gezogen)
- *Ambivalenz* (direkte Suizidankündigung; Hilferuf als Ventilfunktion; Kontaktsuche)
- *Entschluß* (Vorbereitungshandlungen, „Ruhe vor dem Sturm“)

Risikogruppen:
- *Psychisch Kranke:* depressive (insb. weibliche) Patienten, bevorzugt zu Krankheitsbeginn und in der Besserungsphase; schizophrene (insb.

[3] Ringel E (Hrsg) (1969) Selbstmordverhütung. Huber, Bern

[4] Haenel T, Pöldinger W (1986) Erkennung und Beurteilung der Suizidalität. In: Kisker KP, Lauter H, Meyer JE, Müller C, Strömgren E (Hg) Psychiatrie der Gegenwart, Bd 2. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 107–132

männliche) Patienten; häufig Kliniksuizid (Suizidhandlungen während psychiatrischer Therapie, meist innerhalb des ersten halben Jahres nach stationärer Aufnahme und meist während regulärer Beurlaubungen bzw. Ausgänge; Suizidrate psychisch Kranker 10–20mal höher als in der Allgemeinbevölkerung! (vgl. dagegen Patienten mit Suizid*versuchen:* nur bei 5–15 % liegt eine Psychose zugrunde, wesentlich häufiger sind jedoch Störungen zwischenmenschlicher Beziehungen, oft vor dem Hintergrund neurotischer Persönlichkeitszüge)

- *Menschen nach vorausgegangenen Suizidhandlungen* (hohe Suizidgefährdung, ca. 10 % aller ehemaligen Suizidanten suizidieren sich innerhalb von 10 Jahren nach dem Suizidversuch)
- *alte Menschen* (insb. über 65jährige Männer, Vereinsamte, nach Partnerverlust, bei Multimorbidität)
- *Süchtige* (hohe Suizidgefährdung)
- *unheilbar chronisch Kranke*
- *Menschen in Ehe- und Lebenskrisen*
- *Jugendliche* (Pubertätskrisen)
- *Helfer* (bei Ärzten Suizidrisiko ca. 2,5mal höher als in anderen Berufsgruppen)

19.1.4 Diagnostik, Differentialdiagnostik

Suizidanamnese

- insb. bei zu *Risikogruppen* zählenden Patienten wichtig
- *aktive Exploration* von seiten des Arztes: ärztliches Gespräch u. U. Entlastung für den Suizidalen, der das Thema nicht immer von sich aus anspricht. Evtl. antisuizidale Wirkung einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung
- *Themen der Exploration:* Suizidalität in der Familie des Patienten, eigene frühere Suizidgedanken oder Suizidversuche und deren Bewältigung sowie die aktuelle Suizidalität (Fragen nach dem Ausmaß an Suizidgedanken, nach Gefühlen der Sinnlosigkeit des Lebens, nach dem Wunsch, das Leben so nicht weiterleben zu wollen, nach konkreten Suizidplänen und evtl. Vorbereitungen, z. B. Sammeln von Medikamenten oder Überlegungen des Patienten zur Methodenwahl)

Differentialdiagnostik: breites Spektrum. Da Suizidalität sowohl bei allen psychischen Erkrankungen als auch in Krisensituationen *ohne* Krankheitswert vorkommen kann, sollten Fragen nach Suizidalität fester Bestandteil der ärztlichen, insb. der psychiatrischen Anamnese sein

19.1.5 Therapie

Generelle Therapieprinzipien:

- Behandlung der Suizidalität durch *Behandlung der Grunderkrankung* (z. B. der Neurose, Psychose, Sucht etc.) mit psychopharmakologischen und/oder psychotherapeutischen Mitteln
- *Kriseninterventionsstrategien* (s. S. 277 f.)

Therapieprinzipien bei akuter Suizidalität:

- Gesprächs- und Kontaktangebot (wenn möglich)
- Einbeziehung wichtiger Bezugspersonen
- ggf. sofortige Überweisung zum Nervenarzt oder zu anderen ambulanten Institutionen, Notwendigkeit einer Krankenhauseinweisung prüfen (evtl. Zwangseinweisung)
- ggf. psychopharmakologische Intervention (z. B. Sedierung)
- Diagnostik und Differentialdiagnostik beachten!
- Beachtung der Erfahrung, daß Patienten in den Tagen nach dem Suizidversuch zwar oft sehr aufgeschlossen sind, sich dann aber die Abwehr wieder stabilisiert, somit stufenweise Abklärung der Psychotherapieindikation.

Therapieprinzipien bei chronischer Suizidalität:

- Therapieangebot je nach Grunderkrankung (z. B. psychopharmakologische, psychotherapeutische oder sozialpsychiatrische Maßnahmen)
- Aufbau sozialer Unterstützung; Versuch, Kontakte und Sinngebung zu vermitteln

19.2 Krisenintervention

19.2.1 Definition der „Krise"

Plötzliches Ereignis oder Erlebnis, das von dem Betroffenen nicht unmittelbar verarbeitet werden kann

19.2.2 Allgemein

Zwei prinzipielle Aspekte der Krise sind Herausforderung (Stimulus zur Bewältigung der Krise) und Bedrohung (Gefahr des Scheiterns von Bewältigungsversuchen und der Chronifizierung der Krise). Dementsprechend Dauer von Krisen einige Tage bis Monate. Meist akut auftretende *Symptome* in Krisen: Angst/Verzweiflung, Depressivität, erhöhte Suggestibilität, evtl. Suizidgefahr. *Häufigkeit* schwer abschätzbar; Krisen und deren Bewältigung gehören zu den Grunderfahrungen im Leben von Menschen (normale Lebenskrisen). Die meisten Krisen werden durch nichtprofessionelle Hilfe (Angehörige, Freunde etc.) gelöst. Krisenhäufung bei psychisch labilen und psychisch kranken Menschen

19.2.3 Ätiologie

- ***Individuelle Krisen:*** Streßsituationen unterschiedlicher Art, z.B. bei Lebensänderungen (Heirat, Lösung aus dem Elternhaus, Pensionierung etc.); insb. auch Konflikte, Krankheiten, Verluste
- ***Kollektive Krisen:*** z.B. Bedrohung, Emigration, Katastrophen, Krieg, Notzeiten, Verfolgung

19.2.4 Phasenablauf von Krisen

- ***Schockphase:*** Spannungsanstieg durch ein bestimmtes Erlebnis
- ***Reaktionsphase:*** Verwirrung und Hilflosigkeit
- ***Bearbeitungsphase:*** Mobilisierung von Energien, Einsatz von Notfallmechanismen
- ***Neuorientierung:*** Distanzierung von der akuten Irritation, Suche nach Neubeginn

19.2.5 Therapie der Krise

Krisenintervention, d.h. zeitlich auf die aktuelle Krise begrenzte Intervention bzw. Kurztherapie

Prinzipien des therapeutischen Vorgehens

- Sofortiges Eingreifen (zur Vorbeugung einer möglichen Chronifizierung der Krise und um Abwehrtendenzen zu begegnen); Errichten einer funktionsfähigen Beziehung; Abschätzen des Zustands des Betroffenen, Abschätzen des Schweregrads des Problems, insb. einer eventuellen Suizidalität; Unterbrechung pathologischer Kommunikation
- Aktives pragmatisch-flexibles Vorgehen des Helfers (Verzicht auf Deutungen o.ä.)
- Klärung der Krisensituation in Grundzügen (z.B. auslösende Situation, Kommunikationsmuster), Beschränkung auf Konfrontation mit gegenwärtigen Problemen; evtl. Fokusformulierung (d.h. Bearbeitung des Hauptkonfliktes innerhalb der Krise)
- Motivation zur Selbsthilfe, evtl. Motivation zur Annahme von Fremdhilfe
- Einbeziehung von Bezugspersonen (z.B. Lebenspartner)
- Evtl. psychopharmakologische Unterstützung
- Organisation von Nachbetreuung (besonders bei Sichtbarwerden schwerer, langanhaltender Konflikte)

Ziele der Krisenintervention

- Entlastung in der akuten Situation
- Klärung der Faktoren, die in die Krise geführt haben
- Erörterung von Lösungsmöglichkeiten
- Erlernen von Bewältigungsmustern für mögliche künftige Krisen

Grenzen der Krisenintervention

- Wenn z.B. Suizidalität fortbesteht und sofern
- weitere diagnostische Abklärung erforderlich oder
- weitere und längere Therapie indiziert ist oder
- soziale Barrieren (z.B. fehlende Einsicht, Sprachbarrieren) bestehen

Krisenintervention ist in der Regel eine *kurz*fristige Hilfe

Besonderheiten der Krisenintervention bei Suizidpatienten

- *Rascher* (!) Beginn der Krisenintervention: Suizidpatienten sind häufig nur unmittelbar um ihren akuten Konflikt bzw. Suizidversuch herum offen für Krisenintervention bzw. Kurztherapie. Anschließend (nach erfolgtem Suizidversuch) in der Regel rasches Einsetzen von Abwehrvorgängen gegenüber dem auslösenden Konflikt

- Diagnostische Abklärung der der Suizidalität zugrundeliegenden Störung/Erkrankung
- Mehrfache Beurteilung der akuten Suizidalität und Indikationsstellung zu über die Krisenintervention hinausgehenden Therapieschritten (z. B. Klinikeinweisung)

Probleme im Umgang mit Suizidpatienten

- ***Das Behandlungsklima emotionalisierende Faktoren:*** aus persönlichen Erfahrungen des Therapeuten mit Suizidpatienten resultierende Affekte wie z. B. *Angst* (suizidale Patienten verhalten sich gelegentlich abweisend und lehnen Hilfsangebote ab), *Ärger* (z. B. über Appellcharakter/Demonstrativität/Aggressivität suizidalen Verhaltens; Fehlschluß, derartiges Verhalten nicht ernst nehmen zu müssen, s. o.), *Schuldgefühle* (z. B. aus früheren mißglückten Interventionen). Hinzu kommen evtl. eigene Suizidalität und Selbstwertproblematik des Therapeuten sowie bestimmte Einstellung dem Suizid gegenüber (z. B. Gleichgültigkeit oder Verurteilung)
- ***Häufige therapeutische Fehler:***
  - Anfänglich abweisendes Verhalten des Patienten wird persönlich genommen
  - Bagatellisierungstendenzen des Patienten werden vom Therapeuten mitgemacht (Abwehr)
  - Therapeut und Patient begeben sich zu schnell auf die Suche nach positiven Veränderungsmöglichkeiten (Entfernung vom auslösenden Konflikt; Abwehr)
  - Therapeut unterteilt den Suizidversuch in ernst gemeint oder demonstrativ und behandelt den Patienten entsprechend
  - Mangelhafte Erhebung einer Suizidanamnese (d. h. der jetzigen und evtl. früherer Umstände, die zu Suizidalität führten)
  - Übersehen der Trennungsängste des Patienten (z. B. bei Urlaub, Stationswechsel, Entlassung)

Für Krisenintervention zur Verfügung stehende Institutionen

- Krankenhäuser (wenn stationäre Überwachung und Behandlung erforderlich; ggf. Kriseninterventionsstationen)
- ambulante Dienste (möglichst gemeindenah):
  - niedergelassene Therapeuten
  - Gesundheitsämter/Sozialpsychiatrische Dienste

  - andere ambulante Dienste (z. B. Polikliniken, Kriseninterventionszentren, Beratungsstellen, mobile Dienste)
  - Telefonnotrufe (z. B. Telefonseelsorge)

19.2.6 Verlauf/Prognose von Krise und Suizidalität

Krisen treten in der Regel *akut* auf; Abklingen mit oder ohne professionelle Hilfe (aber mit sozialer Unterstützung) in der Regel innerhalb kurzer Zeit. *Chronifizierung* bei langwährenden bzw. lebenslangen Grundkonflikten oder Fehlentwicklungen (z. B. Neurosen, Persönlichkeitsstörungen) sowie bei mangelnder sozialer Unterstützung. Gleiches gilt für suizidale Krisen

Katamnestischen Untersuchungen an Patienten nach Suizidversuch zufolge suizidieren sich 10 % aller Suizidanten innerhalb von 10 Jahren nach dem ersten Suizidversuch, wobei die Suizidgefährdung innerhalb der ersten 6 Monate nach dem Suizidversuch am größten ist. Ca. 30 % aller Patienten mit Suizidversuch bleiben chronisch suizidal.

Fallbeispiele

Fallbeispiel 19.1

Eine 26jährige Verkäuferin kommt nach Suizidversuch und Entgiftung zur Aufnahme in die Psychiatrische Klinik. Zur Auslösung des Suizidversuches berichtet sie, daß sie seit 2 Jahren mit ihrem 2 Jahre älteren Freund zusammen sei, an dem sie vor allem seine Zuverlässigkeit schätze. Am Tag des Suizidversuches habe sie sich mit ihm an einem Eispavillon verabredet und habe diese Verabredung auch mit kurzer Verspätung eingehalten. Als sie sich dem Treffpunkt genähert habe, habe sie ihn mit einer früheren Freundin von ihm stehen und sich angeregt und intensiv mit ihr unterhalten sehen. Daraufhin sei sie unbemerkt umgekehrt und in ihre Wohnung zurückgegangen, habe dort noch etwa eine halbe Stunde auf einen nachfragenden Anruf von ihm gewartet, um schließlich Wein zu trinken und nach und nach Tabletten einzunehmen. In einem kurzen Abschiedsbrief an den Freund habe sie ihrer Vermutung Ausdruck gegeben, daß er sich von ihr trennen und wieder zu seiner alten Freundin zurückkehren wolle. Dann wisse sie nur noch, daß sie eine Freundin angerufen habe, um sich von dieser zu verabschieden.

Zur Vorgeschichte war zu erfahren, daß die Patientin bereits früher mehrere Freunde durch Trennung verloren hatte. Sie kommentierte dies mit den Worten: „Was man liebt, verliert man".

Die Lebensgeschichte dieser Frau zeigte, daß ihre Verlustängste durch entsprechende frühe Erlebnisse (der Vater hatte die Familie verlassen, als die Patientin 4 Jahre alt war) begründet waren und daß sie sich an ihre späteren Partner aus dieser Angst heraus sehr stark klammern mußte, so daß diese sich schließlich immer wieder von ihr lösten.

In der psychotherapeutischen Krisenintervention ging es um die Bearbeitung der Verlustangst, die sich die Patientin immer wieder selbst bestätigte und die sie depressiv und suizidal gemacht hatte. Die derzeitige suizidale Krise war also auf dem Hintergrund einer neurotischen Entwicklung mit Verlustängsten und einer starken Selbstwertproblematik entstanden.

Suizidversuch, auf dem Hintergrund einer neurotischen Entwicklung mit Verlustängsten und starker Selbstwertproblematik (F 60.7)

Fallbeispiel 19.2

Ein 64jähriger Unternehmer, der wegen einer Alzheimerschen Erkrankung klinisch-psychiatrisch behandelt wurde, riß sich während eines Geländeausganges von seinem Betreuer los und warf sich auf der Straße neben dem Klinikgelände vor ein vorbeifahrendes Auto. Mit schweren Verletzungen mußte er daraufhin mehrere Monate lang in der Chirurgischen Klinik behandelt werden. Über eine suizidale Gefährdung dieses Mannes war zuvor nichts bekannt geworden, obwohl bei organischen Abbauprozessen aufgrund der mangelnden Impulskontrolle im Prinzip auch immer mit Suizidalität zu rechnen ist.

Ein psychodynamischer Hintergrund für den Suizidversuch könnte gewesen sein, daß am Tag zuvor der Patient mit seiner 26 Jahre jüngeren Ehefrau und dem behandelnden Stationsarzt zusammensaß und während dieses Gespräches die Verachtung der Ehefrau gegenüber ihrem persönlichkeitsveränderten und so deutlich gealterten Ehemann spürbar geworden war, den sie 10 Jahre zuvor in gänzlich anderer Verfassung kennengelernt und geheiratet hatte. Die Ehefrau erörterte während dieses Gespräches in Gegenwart ihres Mannes, ob nicht ein Heimplatz für ihn besorgt werden könne. Es ist denkbar, daß für den Patienten seine eigene Situation (kränkender Abstieg) und die Kränkung durch die Ehefrau suizidmotivierend gewesen sein könnten.

Suizidversuch eines Patienten mit Alzheimerscher Erkrankung (F 00.0)

Fallbeispiel 19.3

Das Befinden einer 48jährigen Patientin mit einer monopolar-endogenen Depression, seit 6 Wochen in klinischer Behandlung, hat sich unter antidepressiver psychopharmakologischer Therapie inzwischen wesentlich gebessert. So spürt sie wieder Interesse an ihrer Umwelt und auch einen Teil ihrer früheren Freude an Aktivitäten, klagt aber noch über ein Morgentief und Schlafstörungen. Anläßlich der ersten Wochenendbeurlaubung nach Hause, die mit der Patientin und ihrem Ehemann einvernehmlich besprochen worden war, suizidiert sich die Patientin nach dem Aufstehen in einem unbeobachteten Augenblick durch Erhängen an einem Heizkörper. Im Zusammenhang mit der geplanten Beurlaubung war auch die Frage der Suizidalität angesprochen, aber von der Patientin vehement verneint worden: So etwas würde sie nie tun, dazu sei sie zu feige.

Suizid während Besserungsphase einer monopolar-endogenen Depression (F 32.2)

Fallbeispiel 19.4

Ein 32jähriger, arbeitsloser Patient mit einer rezidivierenden paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie unternimmt während klinischer Behandlung einen Suizidversuch durch Fenstersprung, den er schwerverletzt überlebt. Kurz danach berichtet er, daß ihm eine Stimme befohlen habe zu springen, da er ja fliegen könne. Ein Jahr später suizidiert sich der Patient, offenbar in einer postpsychotischen depressiven Schwankung, durch Ertränken.

Suizid bei rezidivierender paranoid-halluzinatorischer Schizophrenie, nach vorausgegangenem Suizidversuch (F 20.0)

20 Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie

Definitionen:

- *Konsiliarpsychiatrie:* Konsultation eines Psychiaters für Patienten auf nichtpsychiatrischen Stationen zur Abklärung psychiatrisch relevanter Fragestellungen. Der Konsiliarpsychiater führt eine Untersuchung mit dem Patienten durch und berät die anfordernden Kollegen bzw. auch das therapeutische Team bzgl. der angeforderten Fragestellung
- *Liaisonpsychiatrie:* spezifisches Konzept der näheren Zusammenarbeit zwischen nichtpsychiatrischen Stationen und Psychiatern. Der Psychiater ist Bestandteil des Teams, nimmt an den Visiten teil und ist für Ärzte und Schwestern leichter erreichbar

Häufigkeit von Konsilanforderungen: bei etwa 3% der stationären Aufnahmen eines Großklinikums; tatsächlicher Bedarf eindeutig höher (bis zu ca. 30%). *Inanspruchnahme* insb. aus den Bereichen Innere Medizin (hier insb. Intensivmedizin), Chirurgie sowie Neurologie, Gynäkologie und Dermatologie[1]

Fragestellungen und Indikation zur Hinzuziehung eines psychiatrischen Konsiliarius:

- Patienten nach *Suizidversuchen:* Abschätzung der Suizidalität, Diagnostik, Frage der Entlassung oder Übernahme, evtl. Durchführung der Krisenintervention
- Patienten mit verschiedenen *psychischen Auffälligkeiten* wie z. B. Depressivität, Psychoseverdacht, Hirnorganik, Suizidalität, Entzugssyndrome, Ängste, Krankheitsbewältigungsprobleme, Schmerzsyndrome, unkooperatives Patientenverhalten. Diagnostik und Differentialdiagnostik, Beratung von Ärzten/Pflegepersonal beim Umgang mit dem Kranken, Therapievorschläge, Übernahme bzw. Verlegung in eine Psychiatrische Klinik, evtl. Durchführung von Krisenintervention
- Patienten mit *unheilbaren Erkrankungen:* z. B. Beratung bei Fragen der Aufklärung

[1] Arolt V (1997) Psychische Störungen bei Krankenhauspatienten. Springer, Berlin Heidelberg New York

Nachteile eines psychiatrischen Konsiliardienstes: Die *einmalige* Hinzuziehung des psychiatrischen Konsiliarius ermöglicht dem Psychiater in der Regel keine differenzierte Sicht der somatischen und insb. der psychischen/psychosozialen Aspekte bzw. Faktoren einer Erkrankung. Statt dessen wird der Psychiater oft als „Fremdkörper" erlebt (sowohl vom Patienten als auch vom Personal). Eine Sensibilisierung des Ärzte- und Pflegeteams für psychosoziale Aspekte von Erkrankung und für Techniken der Gesprächsführung ist kaum möglich.

Vorteile eines psychiatrischen Liaisondienstes: Der Psychiater gehört zum Behandlungsteam, d. h. er sieht *alle* Patienten, er kann den Zeitpunkt des psychiatrischen Erstgesprächs selbst festlegen und steht bei seiner Untersuchung und Behandlung nicht unter Zeitdruck. Alle Informationen über den Patienten werden im Team besprochen, somit besteht auch die Möglichkeit einer Sensibilisierung des Teams für psychosoziale Aspekte von Erkrankungen, für Anleitung und Übung in Gesprächsführung mit dem Patienten (verbesserte Kommunikation). Verlegungen in die Psychiatrie werden minimiert. *Nachteil:* relativ hoher Personalaufwand; Vorteile überwiegen jedoch eindeutig

Fallbeispiele

Fallbeispiel 20.1

Die konsiliarpsychiatrische Untersuchung ergibt, daß die Patientin nach einer Enttäuschung mit ihrem Freund 20 Tabletten eines freiverkäuflichen Beruhigungsmittels in suizidaler Absicht und unter Alkoholeinfluß eingenommen hat. Es handelt sich um den ersten Suizidversuch der Patientin. Bei dem Gespräch auf der Intensivstation ist sie gegenüber dem auslösenden Ereignis sehr distanziert, erscheint dem Psychiater abwehrend, beteuert, daß es sich lediglich um eine Kurzschlußreaktion handele, die sie sehr bedauere und die sie nicht wiederholen werde. Der Psychiater hat das Gefühl, an die Patientin nicht heranzukommen. Nachdem die übrige Anamnese keine weiteren Auffälligkeiten ergibt und die Patientin den Wunsch äußert, entlassen zu werden, empfiehlt der Psychiater die Entlassung, leitet aber eine Nachsorge dergestalt ein, daß er der Patientin die Adresse eines Therapeuten mitgibt und ihr erklärt, warum er eine zumindest kurze Nachsorge für angebracht hält. Dabei spürt der Psychiater, daß die Patientin diese Nachsorge nicht in Anspruch nehmen wird.

Konsilanforderung der medizinischen Intensivstation für eine 27jährige Patientin nach Suizidversuch (F 43.2)

Fallbeispiel 20.2

Der Psychiater wird zu einem 72jährigen Mann mit einer Koronarerkrankung und Diabetes gerufen. Auf der internistischen Station war aufgefallen, daß der Mann depressiv und resigniert war, keinen Appetit hatte und von der Sinnlosigkeit seines Lebens gesprochen hatte. Neben der diagnostischen Abklärung war die Frage der Internisten, ob hier eine Betreuung errichtet werden müsse und ob eine Heimunterbringung notwendig sei.

Bei der Konsiliaruntersuchung zeigte sich bei dem Patienten ein depressiv-organisches Psychosyndrom mit latenter Suizidalität und Fragen der Bilanzierung seines Lebens. Der Patient hatte ein Jahr zuvor seine Ehefrau durch Tod verloren und lebte nun allein in der langjährig gemeinsamen Wohnung. Die Selbstversorgung funktionierte schlecht und recht, zum Teil mit Hilfe der Nachbarn. Der Patient war aber nicht mehr in der Lage, sich an die diätetischen Vorschriften wegen seines Diabetes zu halten und war mehrfach mit Zuckerentgleisungen in die Notfallambulanz gebracht worden. Ein weiteres sozial tragendes Umfeld ließ sich nicht explorieren, das Ehepaar hatte keine Kinder, und Verwandte waren auch nicht in der Nähe.

Die vorgeschlagene Therapie des Konsiliarpsychiaters bestand zum einen in dem Vorschlag, eine niedrigdosierte antidepressive Behandlung zu beginnen, und zum anderen darin, eine Heimunterbringung, mit der der Patient einverstanden war, in die Wege zu leiten. Der Sinn einer Betreuung wurde mit dem Patienten besprochen und von diesem kooperativ aufgenommen, so daß ein entsprechender Antrag formuliert werden konnte.

Anforderung eines psychiatrischen Konsils auf einer peripheren internistischen Station (F 06.32)

Fallbeispiel 20.3

Hier war ein 38jähriger Mann 2 Tage nach Mitralklappenersatz postoperativ auffällig geworden: Er schaute ängstlich im Zimmer herum, schien Stimmen zu hören und wähnte sich verfolgt. Der Psychiater diagnostizierte eine postoperative paranoid-halluzinatorische Psychose und verordnete ein hochpotentes Neuroleptikum, das innerhalb von 3 Tagen zu einem völligen Abklingen des psychotischen Zustandsbildes führte.

Anforderung einer psychiatrischen Konsiliaruntersuchung von der herzchirurgischen Intensivstation (F 06.2)

Fallbeispiel 20.4

Auf dem Konsilschein hatte der Chirurg zur Fragestellung vermerkt: „Zustand nach Gastrektomie bei Neoplasma, jetzt Relaparatomie vorgesehen, Patientin psychisch instabil – ist über Prognose und Krankheit nicht aufgeklärt. Stimmungsaufhellende Medikation angezeigt"?

Der Psychiater fand bei seinem Besuch eine 57jährige Frau vor, die schwer gequält und voller Unruhe den Ärzten global Vorwürfe machte, u.a. daß sie doch alles eher hätten erkennen müssen. Sie machte sich Sorgen über die Genese ihrer Schmerzen, fragte den Psychiater dann, ob das wohl „zum Letzten führe" und ob das „wirklich schon das Ende" sein solle. Ferner äußerte sie mehrfach in starker Verzweiflung ihre Angst, daß die Ärzte ihr etwas verheimlichen würden.

Das Grundversäumnis der vorbehandelnden Ärzte lag darin, daß die Patientin über ihre Erkrankung nicht aufgeklärt worden war und sie nun ihre ständige Verschlechterung miterlebte, die sie sich nicht erklären konnte und die den verbalen Äußerungen ihrer behandelnden Ärzte entgegenstand. In einem Gespräch mit den Ärzten der Station wies der Konsiliarpsychiater darauf hin, daß die nicht stattgefundene Aufklärung die Arzt-Patient-Beziehung sicher sehr verschlechtert habe, daß aber ein Gespräch mit der Patientin über ihre wirkliche Erkrankung jetzt unbedingt nachgeholt werden müsse. Der Psychiater ließ dieses Gespräch nicht an sich delegieren, sondern meinte, daß dies Aufgabe der zuständigen Chirurgen sei.

Anforderung eines Konsiliarbesuches in einer Chirurgischen Klinik (F 43.20)

Fallbeispiel 20.5

Ein 54jähriger Mann mit Melanomverdacht hatte 2 Tage nach der Aufnahme auf die Station einen Krampfanfall und eine Entzugssymptomatik entwickelt. Der Psychiater findet bei seinem Besuch einen desorientierten Patienten mit starkem Tremor und anderen vegetativen Zeichen vor, bei dem anhand der laborchemischen Daten und nach Angaben der Ehefrau ein jahrelanger chronischer Alkoholismus besteht. Bei dem Patienten hat sich durch das abrupte Absetzen des Alkohols anläßlich der stationären Aufnahme eine delirante Symptomatik ausgebildet. Der Psychiater empfiehlt in der akuten Situation eine Medikation mit Distraneurin® und intensive Überwachung einschließlich einer Sitzwache und nach Abklingen der deliranten Symptomatik ein Rekonsil zur Frage der Motivationsüberprüfung des Patienten zu einer längerfristigen Entwöhnungstherapie. Nach Abklingen des Entzugssyndroms findet dieses Gespräch statt: Der Patient bagatellisiert seinen Alkoholkonsum und verleugnet damit sein Problem „Alkoholismus", ist aber bereit, eine ambulante Selbsthilfegruppe aufzusuchen. Der Psychiater bespricht auch mit der Ehefrau die Notwendigkeit einer solchen kontinuierlichen Weiterbehandlung.

Konsilanforderung aus der Hautklinik (F 10.4)

21 Forensische Psychiatrie/Rechtspsychiatrie

Gegenstand/Aufgaben der forensischen Psychiatrie: Sachverständigen- und Gutachtertätigkeit im Zusammenhang mit rechtlichen Aspekten psychischer Krankheiten in den unterschiedlichen Bereichen der Gerichtsbarkeit

Stellung, Rechte und Pflichten des Sachverständigen/Gutachters:

- Auftragserteilung und Leitung der Tätigkeit des Sachverständigen erfolgt vom Richter
- Sachverständiger nimmt Gehilfenstellung für das Gericht ein (erfordert Kenntnis der wichtigsten gesetzlichen Bestimmungen, s. u.)
- Zeugnisverweigerungsrecht (zu gleichen Bedingungen wie für Zeugen) für Sachverständige
- Recht des Sachverständigen auf Akteneinsicht (genaue Kenntnis aller Akten für gutachterliche Beurteilung wichtig), Vernehmung von Zeugen sowie des Beschuldigten, körperliche Untersuchung und Eingriffe (z. B. Blutproben), sofern kein Nachteil für die Gesundheit des Beschuldigten zu erwarten ist
- Verpflichtung des Sachverständigen, sein Gutachten unparteiisch zu erstellen
- Der Gutachter steht nicht unter der ärztlichen Schweigepflicht (dem Probanden mitteilen!); somit z. B. keine Benutzung von Krankenunterlagen ohne Genehmigung des Begutachteten (auch nicht eigene ärztliche Aufzeichnungen früherer Behandlungen!) – Gutachter sollte somit in der Regel nicht früher oder gegenwärtig Behandler sein
- Der Gutachter hat die Möglichkeit – mit Zustimmung des Gerichts – ergänzende „Zusatzgutachten“ anzufordern (z. B. somatische Fachrichtungen, Röntgen, EEG, psychologische Testung)

Beispiele für ***Fragestellungen*** eines Gutachtens:

- Feststellung des psychischen und somatischen Zustandes des Täters zum Untersuchungszeitpunkt, vor allem aber zum Tatzeitpunkt, d. h. Klärung der Voraussetzungen für die Anwendung der § 20 und 21 und
- Feststellung, ob von dem Untersuchten durch eine psychische Krankheit in der Zukunft eine Gefährdung ausgeht
- Erstellung von Gutachten zur Fahrtauglichkeit (z. B. bei Patienten mit Psychosen unter notwendiger Einnahme von Psychopharmaka)

- Feststellung der Notwendigkeit, einen Betreuer zum Zweck der Bestimmung des Aufenthaltsortes einzusetzen
- psychiatrisch relevante Fragen der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit (Entscheidungshilfe für Sozialgerichte bei Fragen der Berentung bzw. der Beurteilung des Ausmaßes der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit)

Gutachten schriftlich und/oder mündlich, aufgrund ambulanter oder stationärer Untersuchung. Bei Anforderung von schriftlichen Gutachten aufgrund stationärer Untersuchung zügige Durchführung (wünschenswert etwa 4–8 Wochen!) Gliederung im Prinzip wie eine Krankengeschichte. Wert des Gutachtens wird nicht durch seine Überlänge erhöht, vielmehr eher knappe aber dennoch gut charakterisierende Darlegung der Befunde. Auch an Aggravation und Simulation oder Dissimulation denken! Gegebenenfalls Erwähnung von Angaben von Drittpersonen (Einverständnis des Probanden!) Keine langen Aktenauszüge (Seiten schinden!) Nur für die psychiatrische Begutachtung Relevantes!

Wichtig als Abschluß des Gutachtens eine kurze *Zusammenfassung* von Vorgeschichte, Tat bzw. zur Beurteilung anstehender Erkrankung und Befunden (einschließlich evtl. psychologischem Befund); sodann relativ ausführlich die *Beurteilung* mit ausdrücklicher Nennung einer oder mehrerer Diagnosen, Diskussion der Ergebnisse, evtl. Begründung der Beurteilung aus der wissenschaftlichen Literatur; Auseinandersetzung mit den Vorgutachtern! Genaues Eingehen auf *jede* der Fragen des Gerichts! – Bei Unklarheit u. U. erst endgültige Beurteilung bei der mündlichen Verhandlung („Das gesprochene Wort gilt!“)

„Gutachtensherr“ ist der Auftraggeber, somit Weitergabe an Dritte nur mit Genehmigung durch diesen!

EINTEILUNG DER SACHGEBIETE

- **Strafrecht (StGB)**

§	20 StGB:	Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen
§	21 StGB:	Verminderte Schuldfähigkeit
§	63 StGB:	Unterbringung in einem Psychiatrischen Krankenhaus
§	64 StGB:	Unterbringung in einer Entziehungsanstalt
§	126 a StPO:	Einstweilige Unterbringung
§	66 StGB:	Sicherungsverwahrung

Jugendgerichtsgesetz (JGG)

§	3 JGG:	Strafmündigkeit
§	105 JGG:	Anwendung des Jugendstrafrechtes auf Heranwachsende
§	106 JGG:	Milderung des allgemeinen Strafrechts für Heranwachsende

- **Bürgerliches Recht (BGB)**

§	104 BGB:	Geschäftsunfähigkeit
§	16 EheG:	Nichtigkeit einer Ehe
§	32 EheG:	Aufhebung einer Ehe
§	1565/1568 BGB:	Ehescheidung
	2229 BGB:	Testierfähigkeit

- **Betreuung**

§ 1896 ff. II BGB: Betreuung

- **Unterbringungsrecht**

- **Sozialrecht**

§ 43 Abs. 2 SGB VI: Berufsunfähigkeit
§ 44 Abs. 2 SGB VI: Erwerbsunfähigkeit

21.1 Strafrecht (StGB)

§ 20 StGB: Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen

„Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewußtseinsstörung oder wegen Schwachsinns oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln."

Schuldfähigkeit ist nach dem Strafgesetzbuch demnach auszuschließen, wenn zur Tatzeit zum einen

- eine schwere krankhafte seelische Störung (psychische Veränderungen aufgrund von (zumindest hypothetisch) somatischen Krankheitsvorgängen, z. B. endogenen Psychosen, Hirnkrankheiten, Hirnschäden, Intoxikationen, also auch dem schweren Alkoholrausch)
- eine tiefgreifende Bewußtseinsstörung (z. B. hochgradiger Affekt bei akuter Belastungsreaktion, ausgeprägte Erschöpfung, nicht beherrschbare Ermüdung etc., also die sog. „normalpsychologischen Affekte"), sofern die Persönlichkeit dadurch massiv beeinträchtigt oder gestört war
- Schwachsinn oder
- eine andere schwere seelische Abartigkeit (z. B. schwere Neurosen, schwere Persönlichkeitsstörungen, sexuelle Perversionen, Abhängigkeit)

vorgelegen hat. Es muß zum anderen belegt werden, daß durch eines dieser vier sogenannten „biologischen" Merkmale die Fähigkeit zur Einsicht in rechtmäßiges Verhalten und/oder die entsprechende Steuerung des Verhaltens zur Tatzeit aufgehoben war. Die entsprechende Diagnose per se zum Untersuchungszeitpunkt reicht also nicht aus: es sind Akuität und Schweregrad der Erkrankung sowie die Symptome zum Tatzeitpunkt zu bewerten, um die Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit beurteilen zu können.

Das Vorgehen, die Voraussetzungen der Schuldunfähigkeit zu klären, erfolgt somit nach der zweistufigen sog. „biologisch-psychologischen Methode": Die „biologischen Eingangsmerkmale" (eigentlich psychopathologische Eingangskategorien!) führen nur unter der „psychologischen Voraussetzung" des Ausschlusses der Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit zur Schuldunfähigkeit. Hierbei auch Beachtung der äußeren (z. B. Erscheinungsbild des Täters) und inneren (z. B. Vorgehensweise) Kennzeichen des Tatgeschehens. Schuldunfähigkeit im Sinne des § 20 StGB wird eher selten, nur bei besonderem Schweregrad der zugrundeliegenden psychischen Störung festgestellt. Die Entscheidung darüber wird nach Kenntnisnahme des Gutachtens vom Gericht gefällt.

§ 21 StGB: Verminderte Schuldfähigkeit

„Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49, Abs. 1 gemildert werden."

Verminderte Schuldfähigkeit im Sinne des § 21 StGB demnach bei

- psychischen Störungen, die weniger stark ausgeprägt sind als diejenigen, für die § 20 StGB gilt
- Taten unter Alkohol- bzw. Drogeneinfluß (Verminderung der Schuldfähigkeit auch unter Berücksichtigung der Promillezahl, jedoch keine fixierte Grenze; Einholung eines rechtsmedizinischen Gutachtens) Entscheidend für die Anwendung von § 21 ist die erhebliche Verminderung, eine einfache Verminderung reicht nicht aus!

Bei Exkulpierung eines Abhängigen nach § 20 kann der sog. Auffangtatbestand eintreten. Nach § 323 a StGB kann bestraft werden,

„wer sich vorsätzlich oder fahrlässig durch den Genuß geistiger Getränke oder

durch berauschende Mittel in einen die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden Rausch versetzt hat."

§ 63 StGB: Unterbringung in einem Psychiatrischen Krankenhaus

„(1) Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem Psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, daß von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist."

Wichtig bei dieser Maßregel der Besserung und Sicherung ist, daß
- Schuldunfähigkeit oder verminderte Schuldfähigkeit sicher festgestellt ist,
- die psychische Störung nicht nur zur Tatzeit, sondern langandauernd besteht,
- erneute rechtswidrige Taten wahrscheinlich und der Schweregrad der zu erwartenden Taten erheblich sind,
- somit eine Gefahr für die Allgemeinheit besteht,
- erprobt wird (sobald dies verantwortet werden kann), ob der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird.

Derartige Unterbringung erfolgt meist aufgrund der Diagnosen „endogene Psychosen" (insb. Schizophrenien) und Oligophrenien, weniger häufig wegen organisch bedingter psychischer Störungen, Neurosen/Persönlichkeitsstörungen sowie auch wegen Suchterkrankungen. Dieser Maßregelvollzug kann nicht ohne Mitwirkung des psychiatrischen Sachverständigen verhängt werden.

§ 64 StGB: Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

„(1) Hat jemand den Hang, alkoholische Getränke oder andere Rauschmittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird er wegen der rechtswidrigen Tat, die er im Rausch begangen hat oder die auf seinen Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deswegen nicht verurteilt, weil seine Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, ordnet das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt an, wenn die Gefahr besteht, daß er infolge seines Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.

(2) Die Anordnung unterbleibt, wenn eine Entziehungskur von vornherein aussichtslos erscheint."

Unterbringung (in der Regel in Sucht- bzw. Forensischen Abteilungen von Psychiatrischen Krankenhäusern) für die Dauer von höchstens zwei Jahren (§ 67 StGB) demnach bei

- Verbindung zwischen Sucht und Straftaten
- zukünftig drohenden Straftaten

§ 66 StGB: Sicherungsverwahrung

Sicherungsverwahrung in forensischer Abteilung eines Psychiatrischen Krankenhauses erfolgt zum Schutz der Gesellschaft vor gefährlichen „Hangtätern"

Bedingungen für Sicherungsverwahrung:
- Mindestalter 25 Jahre
- wiederholte Straffälligkeit
- Prüfung alle 2 Jahre, ob Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung ausgesetzt werden kann

Zu den Maßregeln der Besserung und Sicherung zählen auch die Führungsaufsicht durch einen Bewährungshelfer, die Entziehung der Fahrerlaubnis und das zeitweise (5 Jahre) oder dauernde Berufsverbot.

Jugendgerichtsgesetz (JGG)

Das JGG ist anzuwenden auf Jugendliche von 14–21 Jahren:

14. Lebensjahr:	Beginn der Strafmündigkeit
15.–18. Lebensjahr:	Verantwortlichkeit des Jugendlichen (bedingte Strafmündigkeit)
19.–21. Lebensjahr:	Anwendung des Jugendstrafrechts auf Heranwachsende (volle Strafmündigkeit)

§ 3 JGG: Strafmündigkeit

„Ein Jugendlicher ist strafrechtlich verantwortlich, wenn er nach seiner sittlichen und geistigen Entwicklung reif genug ist, das Unrecht der Tat einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln. Zur Erziehung eines Jugendlichen, der mangels Reife strafrechtlich nicht verantwortlich ist, kann der Richter dieselben Maßnahmen anordnen wie der Vormundschaftsrichter."

Somit positive Feststellung des Reifegrades durch den Sachverständigen: u. U. psychologisches Zusatzgutachten

§ 105 JGG: Anwendung des Jugendstrafrechts auf Heranwachsende

„(1) Begeht ein Heranwachsender eine Verfehlung, die nach den allgemeinen Vorschriften mit Strafe bedroht ist, so wendet der Richter die für einen Jugendlichen geltenden Vorschriften der §§ 4–8, 9 Nr. 1, §§ 10, 11 und 13–32 entsprechend an, wenn

1. die Gesamtwürdigung der Persönlichkeit des Täters bei Berücksichtigung auch der Umweltbedingungen ergibt, daß er zur Tat nach seiner sittlichen und geistigen Entwicklung noch einem Jugendlichen gleichstand oder

2. es sich nach der Art, den Umständen oder den Beweggründen der Tat um eine Jugendverfehlung handelt.

(2) Das Höchstmaß der Jugendstrafe für Heranwachsende beträgt 10 Jahre."

Nach § 106 JGG kann das allgemeine Strafrecht für Heranwachsende gemildert werden, wenn § 105 JGG nicht zur Anwendung kommt

§ 106 JGG: Milderung des allgemeinen Strafrechts für Heranwachsende

„(1) Ist wegen der Straftat eines Heranwachsenden das allgemeine Strafrecht anzuwenden, so kann der Richter anstelle von lebenslanger Freiheitsstrafe auf eine Freiheitsstrafe von 10–15 Jahren erkennen

(2) Sicherungsverwahrung darf der Richter nicht anordnen. Er kann anordnen, daß der Verlust der Fähigkeit, öffentliche Ämter zu bekleiden und Rechte aus öffentlichen Wahlen zu erlangen (§ 31, Abs. 1 StGB), nicht eintritt."

Aufgaben eines psychiatrischen Sachverständigen/Gutachters im Jugendrecht: Hinzuziehung erfolgt zur

- Feststellung des Entwicklungsstandes des Jugendlichen
- Prüfung, ob Heranwachsender dem JGG unterliegt
- Prüfung, ob Einleitung erzieherischer Maßnahmen sinnvoll ist (ist Heranwachsender erzieherischen Maßnahmen noch zugänglich?)

Kann ein Jugendlicher für seine Tat nicht verantwortlich gemacht werden, so kommen in Frage:

- *erzieherische Maßnahmen* (z. B. Weisungen des Aufenthaltes in Familie, Heim etc.; heilerzieherische Behandlung, Entziehungskur, § 10 JGG; Erziehungsbeistandschaft; Fürsorgeerziehung)
- *Zuchtmittel* (z. B. Verwarnung; Auferlegung besonderer Pflichten; Freizeitarrest; Freizeitarbeit)

Nach § 7 JGG als Maßregeln der Besserung und Sicherung im Sinne des allgemeinen Strafrechts bei Jugendlichen: Unterbringung in psychiatrischem Krankenhaus oder Entziehungsanstalt, Führungsaufsicht oder Entziehung der Fahrerlaubnis

21.2 Bürgerliches Recht (Zivilrecht)

§ 104 BGB: Geschäftsunfähigkeit

„Geschäftsunfähig ist:

1. wer nicht das 7. Lebensjahr vollendet hat;
2. wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist;

Wichtig: Im Gegensatz zum Strafrecht muß Geschäftsunfähigkeit bewiesen werden (im Strafrecht reicht aus, daß Schuldunfähigkeit sich nicht ausschließen läßt).

Gründe für Geschäftsunfähigkeit:

- seelische Störungen (z. B. Manien, Schizophrenien etc.)
- besonders häufig bei hirnorganischen Erkrankungen, Oligophrenie, Wesensänderungen aufgrund von Epilepsie sowie bei Demenz
- andere länger andauernde psychische Verfassungen, die eine freie Willensbestimmung ausschließen
- Besonders problematisch Beurteilung bei wechselndem Gesundheitszustand, z. B. vaskulärer Demenz. Häufig „lichte Intervalle", „lucida invervalla" behauptet: schwierige Beweisführung des Nichtauftretens dieser für Geschäfts- und Testierfähigkeit sprechenden Zeiträume
- Partielle Geschäftsunfähigkeit in Einzelfällen: für Angelegenheiten in Bezug auf bestimmte Bereiche nicht geschäftsfähig, z. B. abgegrenzter Wahn, Zwang, Eifersucht etc. (Verminderte Geschäftsfähigkeit gibt es nicht!)

§ 105 BGB

„(1) Die Willenserklärung eines Geschäftsunfähigen ist nichtig

(2) Nichtig ist auch eine Willenserklärung, die im Zustande der Bewußtlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistestätigkeit abgegeben wird."

§ 2229 BGB: Testierfähigkeit

„(4) Wer wegen krankhafter Störung der Geistestätigkeit, wegen Geistesschwäche oder wegen Bewußtseinsstörung nicht in der Lage ist, die Bedeutung einer von ihm abgegebenen Willenserklärung einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln, kann ein Testament nicht errichten."

Die Beurteilung der Testierfähigkeit hat besondere Relevanz in der forensischen Geriatrie. Rückwirkende Stellungnahmen zur Testierfähigkeit sind meist problematisch, da eine psychiatrische Untersuchung häu-

fig nicht mehr durchgeführt werden kann; eine der schwierigsten Aufgaben des Sachverständigen! Beurteilung aufgrund früherer Befunde und Aussagen von Zeugen, vor allem auch hausärztlicher Beobachtungen

§ 2 EheG

„Wer geschäftsunfähig ist, kann eine Ehe nicht eingehen."

Hieraus folgt, daß eine mit einem Geschäftsunfähigen geschlossene Ehe nichtig ist. (§ 18 Abs. 1)

Hat sich einer der Partner bei Eheschließung über persönliche Eigenschaften des anderen getäuscht, leidet dieser also etwa an einer nicht in Erscheinung tretenden körperlichen Erkrankung (z. B. Lues) oder einer schwerwiegenden sexuellen Deviation, einer episodisch oder phasisch auftretenden Psychose oder einer Dipsomanie, so kann § 32 Abs. 1 EheG angewendet werden; der Ehegatte kann dann Aufhebung der Ehe begehren, es sei denn (§ 32 Abs. 2), er hat bei Entdeckung des Irrtums die Ehe fortsetzen wollen.

Früher (auch in der Zeit des Dritten Reiches) war die Ehescheidung auch explizit wegen Geisteskrankheit möglich, wenn durch diese Krankheit die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben war. Heute gilt nach § 1565 das Zerrüttungsprinzip bei gescheiterter Ehe, in der Regel nach einer Mindesttrenndauer von einem Jahr.

Nach der Härteklausel kann nach § 1568 BGB u. a. eine Scheidung der gescheiterten Ehe verhindert werden, wenn außergewöhnliche Umstände eine schwere Härte für den ablehnenden Antragsgegner darstellen, also beispielsweise eine schwere psychische Krankheit, deren Verschlimmerung durch die Scheidung zu erwarten wäre.

21.3 Betreuungsrecht

Bisherige Entmündigung und Pflegschaft wurden seit dem 1. 1. 1992 durch das Rechtsinstitut der Betreuung, einer bundesgesetzlichen Regelung, ersetzt, das eine fürsorgliche Hilfe zur Versorgung geistig Behinderter, chronisch psychisch Kranker und altersdementer Menschen aber auch bestimmter körperlich Behinderter darstellen soll. Im Gesetz zur Betreuung Volljähriger (Betreuungsgesetz BtG) Neufassung einer Reihe von Bestimmungen des BGB und Revision einer Anzahl Paragraphen weiterer Gesetze

§ 1896 BGB

„(1) Kann ein Volljähriger auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Abartigkeit seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen, so bestellt das Vormundschaftsgericht auf seinen Antrag oder von Amts wegen für ihn einen Betreuer. Den Antrag kann auch ein Geschäftsunfähiger stellen. Soweit der Volljährige auf Grund einer körperlichen Behinderung seine Angelegenheiten nicht besorgen kann, darf der Betreuer nur auf Antrag des Volljährigen bestellt werden, es sei denn, daß dieser seinen Willen nicht kundtun kann.

(2) Ein Betreuer darf nur für Aufgabenkreise bestellt werden, in denen die Betreuung erforderlich ist. Die Betreuung ist nicht erforderlich, soweit die Angelegenheiten des Volljährigen durch einen Bevollmächtigten oder durch andere Hilfen, bei denen kein gesetzlicher Vertreter bestellt wird, ebenso gut wie durch einen Betreuer besorgt werden können.

(3) Als Aufgabenkreis kann auch die Geltendmachung von Rechten des Betreuten gegenüber seinem Bevollmächtigten bestimmt werden."

Betreute, die **geschäftsfähig** sind, können eigenständig handeln und werden innerhalb eines definierten Aufgabenbereiches darin vom Betreuer unterstützt.

Wird nach § 1903 BGB vom Vormundschaftsgericht ein sog. *Einwilligungsvorbehalt* ausgesprochen, so hat zur Abwendung einer erheblichen Gefahr für Person oder Vermögen des Betreuten der Betreuer innerhalb seines Aufgabenbereiches seine Zustimmung zu Willenserklärungen zu geben. Bestimmte Willenserklärungen sind ausgenommen (z.B. Eingehung einer Ehe, Verfügungen von Todes wegen; geringfügige Angelegenheiten des täglichen Lebens)

Geschäftsunfähige Betreute können nicht eigenständig handeln. Der Betreuer vertritt sie ohne Einwilligungsvorbehalt umfassend oder in Teilbereichen.

Mögliche *Aufgabenkreise* des Betreuers: Bestimmung des Aufenthaltes; Fürsorge für Heilbehandlung; Entscheidung über Operationen; Verwaltung des Vermögens; Führen des Schriftverkehrs etc. Bei Geschäftsfähigen hat die Einrichtung einer Betreuung keinen Einfluß auf nicht der Betreuung unterliegende Bereiche, z. B. Wahlrecht, Testierfähigkeit etc.

21.4 Unterbringungsrecht

Die Einweisung und Unterbringung psychisch Kranker ist durch Unterbringungsgesetze der einzelnen Bundesländer geregelt; ein bundeseinheitliches Gesetz wird angestrebt.

Bedingungen für die Einweisung in ein Psychiatrisches Krankenhaus durch Unterbringungsbeschluß (Zwangseinweisung):

- Vorliegen einer psychischen Störung (Diagnose!)
- Gefährdung der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung in erheblichem Maße (aufgrund von psychischer Krankheit oder Geistesschwäche), insbesondere wenn jemand sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben anderer gefährdet (Prinzip: Selbst- und/oder Fremdgefährdung)
- Unterbringung darf nur erfolgen, wenn Gefährdung durch weniger einschneidende Mittel nicht abgewendet werden kann (ultima ratio!)
- Gutachten des Amtsarztes oder des Psychiatrischen Krankenhauses (in Notfällen Einweisungszeugnis durch jeden Arzt ausstellbar) erforderlich
- Aufklärungspflicht seitens des Arztes
- mündliche Anhörung des Betreffenden durch das Gericht innerhalb der ersten 24 h nach Einweisung (Ausnahme Baden-Württemberg: 72 Stunden)

Entscheidung über Einweisung oder Fortdauer der Unterbringung (nach vorheriger Anhörung eines psychiatrischen Sachverständigen) nur durch den Richter für eine von ihm festzulegende Zeitdauer (z. B. 3 oder 6 Wochen)

21.5 Sozialrecht

Verhandlung von Streitigkeiten aus der Sozialversicherung (Kranken-, Unfall-, Renten-, Knappschaftsversicherung), aus der Arbeitslosenversicherung, der Kriegsopferversorgung und weiterer Bereiche vor den Sozialgerichten. Der psychiatrische Gutachter muß sich äußern zu Fragen der Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, der Minderung der Erwerbsfähigkeit und des Grades der Behinderung. Gesetzliche Grundlage ist vor allem das Sozialgesetzbuch VI (SGB VI)

Berufsunfähigkeit ist für die Rentenversicherung im Rentenreformgesetz 1992 nach § 43 Abs. 2 SGB VI (1. 1. 1992) definiert:

„Berufsunfähig sind Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung auf weniger als die Hälfte derjenigen von körperlich, geistig oder seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten gesunken ist."

Bei Fragen nach der Berufsunfähigkeit ist aufgrund der diagnostizierten Krankheit und Behinderung die Leistungsfähigkeit im bisherigen Beruf

zu beurteilen, gegebenenfalls welche zumutbaren „Verweisungstätigkeiten" der Begutachtete aufnehmen könnte.

Erwerbsunfähigkeit nach § 44 Abs. 2 SGB VI:

„Erwerbsunfähig sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben oder Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu erzielen, das ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße übersteigt. Erwerbsunfähig ist nicht, wer eine selbständige Tätigkeit ausübt."

Bei Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit für die *gesetzliche Rentenversicherung* muß der Gutachter die resultierenden Funktionseinbußen darstellen und sowohl deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit (negatives Leistungsbild) als auch die noch verbliebenen Leistungsmöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (positives Leistungsbild) einschätzen; er muß die noch verwertbare Arbeitszeit einschätzen sowie die Dauer der Leistungseinschränkung. Zusammengefaßt hat der Gutachter somit die Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben in qualitativer und quantitativer Hinsicht, orientiert an den Leistungsmöglichkeiten, zu beschreiben.

Sogenannte „Rentenneurosen" werden begünstigt durch inadäquates ärztliches Verhalten, z. B. Medikamentenverschreibung statt konfliktklärender Gespräche, Krankschreibung auf Druck des Patienten oder voreilige Prognosen mit Hinweis auf Berentung.

Synonyma: Begehrensneurose, Unfallneurose, psychogene Wunsch- und Zweckreaktion. Gutachtlich oft schwierige Entscheidung ob z. B. schweres subjektives Leiden oder bewußtseinsnahe Aggravation bzw. womöglich Simulation vorliegt. Vorläufige Berentung (z. B. 2 Jahre) ist nur im Ausnahmefall reversibel!!

Divide: artifizielle Störung (F 68.1): absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen ohne einleuchtenden Grund; oft bei Persönlichkeitsstörungen.

Die ***Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)*** dagegen in der *gesetzlichen Unfallversicherung* und im *sozialen Entschädigungsrecht* betrifft die Auswirkungen von verlorenen Fähigkeiten aufgrund von Schädigungen; bei Vorliegen mehrerer Behinderungen mit entsprechenden Anteilen von 100 wird eine Gesamt-MdE gebildet im Sinne einer Gesamtschau der Behinderung.

Im Unterschied hierzu werden im ***Schwerbehindertenrecht*** nach dem Schwerbehindertengesetz altersentsprechend Funktionsbeeinträchtigungen ohne Rücksicht auf die Ursache erfaßt und als *Grad der Behinderung (GdB)* beurteilt. Auch hier bildet man bei mehreren Behinderungen eine Gesamt-GdB.

Arbeitsunfähigkeit ist ein Begriff der Krankenversicherung, setzt das Vorliegen von Krankheit voraus und berechtigt zum Anspruch auf Krankenbehandlung und Krankengeld

Weitere Bereiche im Sozialrecht beziehen sich auf
- Hilfen zum Lebensunterhalt, Hilfe in besonderen Lebenslagen, Eingliederungshilfe (Bundessozialhilfegesetz – BSHG)
- Hilfen für Schwerbehinderte (Schwerbehindertengesetz – SchwbG)
- Hilfen zur beruflichen Eingliederung (Arbeitsförderungsgesetz – AFG)

Fallbeispiele

Fallbeispiel 21.1

Der 34jährige, in 5. Ehe verheiratete, bereits mehrfach wegen Körperverletzung und Diebstahl vorbestrafte Herr N., ein früherer Bergmann und jetziger Dachdecker, wurde angeklagt, am 5.3.1992 in alkoholisiertem Zustand versucht zu haben, Herrn W. zu töten.

Nach dem Streit mit seiner schwangeren Verlobten am Vortage war diese zu ihrem früheren Verlobten Herrn W. gegangen. Herr N. fand beide nach langem Suchen und Aufbrechen der Wohnungstür am Nachmittag des folgenden Tages im Schlafzimmer des Herrn W. vor, und zwar wenig bekleidet im Bett liegend. Eine Welt sei für ihn zusammengebrochen. Während der folgenden körperlichen Auseinandersetzung stach Herr N. zunächst mit einem spitzen Gegenstand auf die Bauchmitte von Herrn W. ein. Im weiteren Kampf zielte er mit einem Messer in Richtung des Halsbereiches und rief: „Jetzt mache ich dich fertig.“ Einige Stiche führten zu schweren Verletzungen im Halsbereich des Herrn W.

Der Alkoholisierungsgrad des Probanden konnte aufgrund einer Blutalkoholuntersuchung mittels Rückrechnung auf 3,14‰ zum Tatzeitpunkt eingeschätzt werden. Nach der ärztlichen Untersuchung sowie nach Zeugenaussagen zum Verhalten von Herrn N. vor und nach der Tat erschienen seine alkoholbedingten Ausfälle gering. Auch konnte er sich nach seinen Angaben an den Ablauf der Tat recht gut erinnern. Somit entsprach das klinische Bild nicht dem hohen Blutalkoholspiegel, der für einen schweren Rausch hätte sprechen können.

Der Gutachter diagnostizierte beim Probanden einen langjährigen, schweren Alkoholmißbrauch, besonders in Krisensituationen. Aufgrund des hohen Alkoholisierungsgrades zum Zeitpunkt der Tat (klinisch mittelschwerer Rausch, als krankhafte seelische Störung einzustufen) lagen aus psychiatrischer Sicht die Voraussetzungen des § 21 StGB im Sinne einer erheblichen Verminderung der Steuerungsfähigkeit bei starker affektiver Aufladung bereits im Vorfeld der Tat vor. Trotz voll erhaltener Einsichtsfähigkeit des Probanden war eine Aufhebung der Steuerungsfähigkeit im Sinne des § 20 StGB nicht auszuschließen. – Das Gericht verurteilte Herrn N. unter Anwendung des § 21 StGB zu einer Gefängnisstrafe von drei Jahren.

Alkoholmißbrauch, mittelschwerer Rausch (F 10.1), dissoziale Persönlichkeitsstörung (F 60.2)

Fallbeispiel 21.2

Herr S., ein 21jähriger, ungelernter Gelegenheitsarbeiter, ist als Jugendlicher angeklagt, ein landwirtschaftliches Gebäude in Brand gesetzt zu haben und das gleiche bei einem weiteren Gebäude versucht zu haben.

Herr S. wurde als ältestes von zwei Kindern in einem 400 Einwohner zählenden Dorf geboren. Sein Vater ist Kraftfahrer, seine Mutter als Stationshilfe im Krankenhaus tätig. Nach Abschluß der Sonderschule war Herr S. zunächst als Gelegenheitsarbeiter in einer Kornbrennerei beschäftigt, danach in einem Gartenbaubetrieb und in einer Fleischerei. Einmal wurde ihm wegen eines Diebstahldelikts gekündigt. Mit 19 Jahren wurde er der fahrlässigen Brandstiftung für schuldig befunden und verwarnt.

Nach einer guten Kindheit hatte er als Jugendlicher viele Freunde, von diesen sei er jedoch nach der ersten Brandstiftung gemieden worden; man zeige mit dem Finger auf ihn. Er leide darunter, daß er nicht wie seine Kameraden eine Freundin habe. Er gehe an den Wochenenden ins Gasthaus, den Treffpunkt der Dorfjugend, und trinke Alkohol. Danach fühle er sich wohler und den anderen gleichwertig.

Erste sexuelle Erregungen und eine erste Masturbation traten bei Herrn S. im Alter von 13 Jahren auf. In diesem Alter kam es auch zum ersten sexuellen Erlebnis im Zusammenhang mit Feuer. Während der Vater hinter dem Haus Laub und Gartenabfälle verbrannte, verspürte Herr S. die Erektion seines Gliedes. Seitdem trat sowohl angesichts des Feuers wie auch angesichts blutender Tiere – er ist Kaninchenzüchter und schlachtet selbst – eine sexuelle Erregung auf mit anschlie-

ßendem Onanieren bis zum Samenerguß. Einen Geschlechtsverkehr habe er bisher noch nie erlebt.

Reichlicher Alkoholkonsum besteht seit dem 14. Lebensjahr, seit etwa einem halben Jahr kommt es mehrmals in der Woche zu Trinkexzessen mit Kontrollverlust und Gedächtnislücken sowie morgendlicher Entzugssymptomatik. Auch am Abend der Brandstiftung war der Tat ein erheblicher Alkoholgenuß vorausgegangen.

Zur aktuellen Brandstiftung vor 2 Monaten berichtete Herr S., daß er nach einem Besuch in der Gaststätte auf dem Heimweg in einen ihm wohlbekannten Lagerschuppen gegangen sei und Strohballen angezündet habe. Im benachbarten Maschinenschuppen habe er sodann das gleiche tun wollen. Beim Anschauen der Flammen sei es zur sexuellen Erregung gekommen, zur Erektion und zum anschließenden Onanieren. Diese Erregung habe derart zugenommen, daß er an nichts mehr anderes mehr habe denken können. Erst nach dem Samenerguß habe er klar sehen können und Hilfe geholt. – Übrigens habe man ihm vor einigen Wochen die Aufnahme in die Freiwillige Feuerwehr des Dorfes verweigert, er wisse nicht warum.

Somatische Anamnese und körperlicher Befund waren unauffällig; im CCT dagegen zeigte sich eine über die Altersnorm hinausgehende Hirnsubstanzminderung. – Psychischer Befund zum Zeitpunkt der Untersuchung unauffällig.

Der Gutachter stellte die Diagnose einer leichtgradigen Intelligenzminderung (IQ von 68), wodurch die persönliche, schulische und psychosoziale Reifung bei dem Probanden beeinträchtigt sei. Diese Reifungsstörung äußert sich in impulsartigem Handeln und einer verminderten Toleranz gegenüber Frustrationen, was wiederum Anlaß zum Alkoholmißbrauch geben kann. Die Reifungsstörung umfaßt auch die sexuelle Entwicklung, es kommt zu sexuell-deviantem Verhalten vornehmlich unter Alkoholeinfluß. Dieses wird vom Probanden als krankhaft erlebt. Mit den aufgeführten Störungen ist das biologische Eingangskriterium des Vorliegens einer seelischen Krankheit gegeben. Werden die psychologischen Voraussetzungen geprüft, so ist aus psychiatrischer Sicht bei vorhandener Einsichtsfähigkeit die Steuerungsfähigkeit erheblich vermindert und damit sind die Voraussetzungen für den § 21 StGB erfüllt. Gutachterliche Empfehlungen einer 3- bis 6monatigen Alkoholentwöhnungsbehandlung.

Pathologische Brandstiftung (Pyromanie) (F 63.1)
Alkoholabhängigkeit (F 10.2)
Kombinierte Entwicklungsstörung (F 83)
Leichte Intelligenzminderung mit Verhaltensstörung (F 70.1)

Fallbeispiel 21.3

Der 65jährige, kinderlos verheiratete, ungelernte Herr F. stammt aus einer 12köpfigen Sintifamilie, deren Vorfahren sich seit Generationen in Norddeutschland von der Tätigkeit als freie Händler ernährt hätten, ebenso wie er jetzt noch.

Er sei 9 Jahre alt gewesen, als die gesamte Familie 1936 von der Gestapo verhaftet, getrennt und über ein Durchgangslager in Hamburg nach Polen verschleppt worden sei. Sein Vater und seine 6 älteren Brüder seien in das Konzentrationslager Sachsenhausen gekommen, während seine Mutterseltern, seine Mutter und seine ältere Schwester in das Warschauer Ghetto verbracht wurden. Wie die übrigen Familienmitglieder habe er schwere körperliche Arbeit verrichten müssen, er sei häufig plötzlich und unvermittelt von den Wachmannschaften geschlagen und auch mit Erschießung bedroht worden. Er habe ansehen müssen, wie seine Mutter von Wachsoldaten vergewaltigt worden sei; 1942 seien seine Mutter, seine Schwester und er zwangssterilisiert worden, ohne daß er damals begriffen habe, was mit ihm eigentlich geschehen sei. Nach der ohne Narkose erfolgten Operation habe er noch Tage Bauchschmerzen gehabt, er habe aber ohne Unterbrechung im Ghetto weiter arbeiten müssen. In den Lagern kamen während des Krieges drei seiner Brüder und seine Mutterseltern um.

Nach der Befreiung zu Ende des Krieges sei es ihm zunächst gesundheitlich besser gegangen. Er habe wieder Spaß am Leben gefunden und 1948 eine gleichaltrige, ebenfalls zwangssterilisierte Cousine geheiratet. Allerdings begannen schon 1947 furchtbare Träume, die sich bis heute in 2 und mehr Nächten der Woche wiederholten. Er wache nachts dann schreiend auf, brauche Minuten, bis er sich beruhigen könne und sicher wisse, daß er sich nicht im Lager befände. Er träume von eigenen Kindern, er erlebe die Vergewaltigung seiner Mutter im Traum immer wieder und werde auch selbst geschlagen und mißhandelt. Seit 1955 litt er vermehrt unter Ängsten; beim Nahen eines Polizeiwagens habe er sich sogar in Hauseingängen versteckt, um einer befürchteten Verhaftung vorzubeugen. Dabei zitterte er, erlitt Schweißausbrüche und verspürte vernichtende Angst. Nach dem Tode seiner Eltern verstärkten sich Hoffnungslosigkeit und zunehmende innere Leere. Da er nicht durch Kinder weiterleben dürfe, sei seine Existenz als Sinti eigentlich vernichtet. Ständig fühle er sich bedroht, auch durch die zunehmende Ausländerfeindlichkeit. Häufig denke er über den Tod nach, da das Leben ohne Kinder eigentlich gar keinen Sinn mehr habe.

Die Untersuchung von Herrn F. erfolgte im Rahmen eines Begutachtungsverfahrens. Aufgrund der psychiatrischen Empfehlungen wurde durch die Landesentschädigungsbehörde eine verfolgungsbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) zunächst von 20%, später von 30% und seit 1962 von 60% anerkannt.

Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F 62.0)

Fallbeispiel 21.4

Im Auftrag eines Zivilsenats des Oberlandesgerichts Köln wurde ein Gutachten über die 73jährige, jüdische Probandin Frau Karla B. aus Krakau, zum Zeitpunkt der Begutachtung in Chicago wohnend, erstellt.

Frau B. war die Tochter eines Lebensmittelkaufmannes. Sie hatte noch 6 Geschwister. Nach dem Gymnasium beendete sie eine Lehrerinnenausbildung und war zunächst als Lehrerin, später als Rektorin an einer Volksschule in Krakau tätig.

Seit September 1939, nach dem Einmarsch der Deutschen, war sie gezwungen, einen Judenstern zu tragen. 1940 mußte sie ihr Haus verlassen und ins Ghetto in Krakau einziehen, wo sie zunächst weiter als Direktorin einer Volksschule tätig war, später Lebensmittelmarken zu verteilen hatte. Im August 1944 kam sie zunächst in das Konzentrationslager nach Auschwitz, danach in ein Arbeitslager, wo sie bis zu ihrer Befreiung im Mai 1945 in einer Flachsfabrik arbeiten mußte. – Durch Verfolgungsmaßnahmen während des Krieges kamen ihre Mutter und 5 ihrer Geschwister um. Frau B. hatte 1937 einen Buchhalter geheiratet, der während des Krieges aus dem Ghetto in ein KZ gebracht wurde und dort umkam. Nach dem Krieg heiratete sie einen Setzer einer Druckerei. Frau B. hatte keine Kinder. Nach der Befreiung war sie zunächst in Krakau, fand dort aber keine Verwandten mehr vor und wurde von der dortigen polnischen Bevölkerung angefeindet. Nach einem Aufenthalt in einem DP-Lager bei Frankfurt wanderte sie im Juli 1946 mit einem Schiff in die USA aus, wo sie anfänglich als Hilfsschneiderin, später ehrenamtlich in ihrer New Yorker Nachbarschaft arbeitete, um ältere Leute in handwerklicher Betätigung und der Fabrikation von Kunstgegenständen auszubilden.

Bereits im Ghetto 1943, als sie von der Liquidation des Ghettos Warschau hörte, wo Angehörige von ihr gelebt hatten, traten Kopfschmerzen, Angstträume und Nervosität auf, sie sei wiederholt geschlagen und mißhandelt worden. Sie litt nach dem Kriege unter depressiven Stimmungen, Unsicherheit gegenüber anderen Menschen, Alpträumen mit Verfolgungsszenen, nächtlichem Erwachen, Kopfschmerzen im Scheitelbereich, merkwürdigen Gefühlsstörungen und Mißempfindungen im Mund- und Rachenraum, ferner unter zahlreichen körperlichen Beschwerden, besonders im Bereich des Magen-Darm-Traktes und der Gallenblase sowie Beschwerden in beiden Beinen.

Aus der Gerichtsakte ergab sich, daß ärztliche Berichte erst seit Mitte der fünfziger Jahre vorlagen; dementsprechend sahen zahlreiche Ärzte viele Jahre lang die beträchtlichen Beschwerden von Frau B. als verfolgungsunabhängig an. Erst etwa 1970 kam es zu Beurteilungen, die einen Zusammenhang bejahten. Wir stützten uns in unserer Beurteilung auf die Feststellung der Autoren von Baeyer, Häfner und Kisker, daß die depressive Symptomatik häufig erst nach einer längeren Latenzphase auftritt. In diesem Fall hatten sich die Beschwerden erst deutlich nach der Auswanderung gezeigt in sprachfremder Umgebung ohne Chance, in dem alten Beruf arbeiten zu können. Wir stellten diagnostisch ein traumatogenes Angstsyndrom mit vegetativer Symptomatik sowie ein organisches Psychosyndrom in Zusammenhang mit Alterungsprozessen fest. Das durch nationalsozialistische Verfolgung verursachte Leiden bedingt eine MdE von 25%.

Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F 62.0)

Fallbeispiel 21.5

Die unverheiratet gebliebene Studienrätin Frau Dr. A. starb 89jährig im Augustinum in München. Sie hinterließ ein beträchtliches Vermögen, Haus und Eigentumswohnung, hatte aber keinen leiblichen Erben.

In einem ersten Testament, aufgesetzt im Alter von 81 Jahren, begünstigte sie Herrn M. In einem zweiten Testament, unterzeichnet mit 87 Jahren, begünstigte sie einen Herrn R., mit dem sie seit kürzerer Zeit intensiver bekannt geworden war, und der sie auch mit in einen Urlaub genommen hatte. Da für Frau Dr. A. bereits ein Jahr vor Errichtung des zweiten Testaments eine Gebrechlichkeitspflegschaft (vor Einführung des jetzt gültigen Betreuungsrechts) eingerichtet worden war, ergab sich nach dem Tode der mit 89 Jahren verstorbenen Frau die Frage, ob sie noch in der Lage war, das genannte zweite Testament zu errichten.

Aufgrund der Aktenanalyse ergab sich, daß Frau Dr. A. an einer chronisch progredienten Demenz mit hochgradiger Vergeßlichkeit als führendem Symptom litt; ferner wurden bei gut erhaltener äußerer Fassade beobachtet eine zeitliche Orientierungsstörung, Einschränkungen des Denkens und Urteilens und Änderungen des sozialen Verhaltens sowie gelegentliche Inkontinenz. Anhaltspunkte für luzide Intervalle fanden sich nicht. Aufgrund der vor Einrichtung der Gebrechlichkeitspflegschaft durchgeführten Untersuchung durch den Amtsarzt ist davon auszugehen, daß Frau Dr. A. bereits zu diesem Zeitpunkt an einer mittelschweren Demenz litt. So war sie ein Jahr später um so weniger in der Lage, den Umfang und die Folgen ihrer Testamentserrichtung zu übersehen. Sie war damit nach § 2229 BGB zu diesem Zeitpunkt nicht mehr testierfähig. Somit hat das erste von ihr errichtete Testament Gültigkeit.

Demenz bei Alzheimer Krankheit mit spätem Beginn (F 00.1)

22 Ethik in der Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik

Definition: Ethik in der Psychiatrie: Fragen der allgemeinen menschlichen Ethik, bezogen auf spezielle psychiatrische und psychotherapeutische Probleme. Entwicklung eines ethischen Verhaltenskodex

PROBLEMBEREICHE DER ETHIK IN DER PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE IM ZUSAMMENHANG MIT:

Behandlung und Versorgung
- Zwangseinweisung
- Anwendung von Zwang bei stationär aufgenommenen Patienten
- Behandlung von suizidalen Patienten
- Arzt-Patient-Beziehung
- Einsichtnahme in die Krankengeschichte

Forschung

Psychiatrie und Gesellschaft
- Psychiatrie und Recht
- Vorurteile und Öffentlichkeit
- Ethik im Sinne sozialpolitischen Handelns

22.1 Behandlung und Versorgung

Zwangseinweisung

Im Unterschied zu den meisten auf Freiwilligkeit basierenden Behandlungen in der somatischen Medizin fehlt bei vielen psychiatrischen Patienten Krankheitseinsicht; häufig Verweigerung notwendiger Behandlung (psychisches Kranksein ist größere Kränkung als körperliche Krankheit). Abwägung zwischen dem Recht auf individuelle Freiheit des Patienten und dem Schutz der Gesellschaft vor Bedrohungen durch den Patienten, aber auch Schutz des Patienten vor Selbstgefährlichkeit z. B. bei wahnhafter Depression ist erforderlich!

Möglicher Konflikt zwischen Psychiater und Richter bei Anwendung des Unterbringungsgesetzes: Psychiater besteht auf Behandlung – Richter prüft in wörtlicher Auslegung des Unterbringungsgesetzes überwiegend die momentane Gefährdung mit Unterschätzung etwa der psychotischen Störung; oft vielfältige Ambivalenz der zum Handeln gezwungenen Beteiligten

Anwendung von Zwang bei stationär aufgenommenen Patienten

Vor Anwendung von Zwangsmaßnahmen Versuch der Aufklärung über Erkrankung und Behandlung, einschließlich Risiken und Gefahren. Versuch der Überredung zur Behandlung, zu freiwilliger Akzeptanz oder wenigstens Duldung der Therapie
- ***Fixierung:*** bei Aggressivität des Patienten u. U. „Fixierung" durch Bauch-, Hand- oder Fußgurte. Ärztliche Maßnahme, nur auf formale schriftliche Anordnung mit Niederlegung der genauen Zeiten der Fesselung des Patienten in seiner „Kurve"! Geringstmögliche Anwendung dieser Maßnahme!
- ***Zwangsmedikation:*** nur im Notfall und nur kurzfristig! Wenn nötig, entschlossenes und eindeutiges Handeln, beispielsweise bei Injektion mehrere Personen hinzuziehen! *Keinesfalls* heimliche Gabe von Medikamenten zur Vermeidung von Konflikten! Hierdurch bei Entdeckung Bestätigung des Mißtrauens des Patienten, z. B. vergiftet zu werden; aber auch, wenn die Medikation geheim bleibt, „Vergiftung" der therapeutischen Atmosphäre! Ansonsten möglichst abwarten, überzeugen. Abwägen zwischen Autonomietendenz des Patienten und Verantwortlichkeit des Arztes

Behandlung von suizidalen Patienten

Bei aktueller Suizidalität evtl. Notwendigkeit der Zwangsunterbringung. Übernahme von Patienten nach Suizidversuch von der Intensivstation in stationäre psychiatrische Behandlung. Versuch des Aufbaus einer Vertrauensbeziehung als Grundlage der Behandlung (vgl. Kap. Suizidalität und Krisenintervention, S. 271 ff.)

Suizidprophylaxe auf Station: Schaffung einer Situation der Geborgenheit in einer freieren Atmosphäre, statt kustodialer Sicherung mit Ver-

meidung aller Risiken. Trotzdem notwendige Kontrollen (juristische Frage der Aufsichtspflicht des Arztes und des Pflegepersonals bei suizidalen Patienten)! Anwendung von Zwangsmaßnahmen mit größter Zurückhaltung!

Arzt-Patient-Beziehung

- Der Patient muß auf Einhaltung der ***ärztlichen Schweigepflicht*** vertrauen können. Keine Weitergabe von Patienteninformationen ohne Genehmigung des Betreffenden; z. B. auch Weitergabe von Informationen an die Krankenkassen nur im Rahmen des für die Leistungsprüfung Notwendigen; diese Informationen in gesonderten Berichten; nicht die Überlassung der vollständigen Arztbriefe mit vielen persönlichen Details! Keine Verwendung von Informationen aus einer Behandlung in Gutachten ohne Genehmigung des Patienten (gilt auch, wenn früher oder gegenwärtig behandelnder Arzt identisch mit Gutachter!) diese Doppelrolle möglichst vermeiden (s. S. 286). Weiterbestehen der Schweigepflicht auch nach dem Ableben des Patienten. Aufhebung der ärztlichen Schweigepflicht nur in (seltenen) Fällen der Gefährdung höheren Rechtsguts (drohende Straftat)
- Der Patient sollte über die verschiedenen Methoden ***aufgeklärt*** werden, mit denen seine Störung behandelt werden kann. Die Vorteile/Nachteile/Risiken sollten erläutert werden. Der Patient sollte insbesondere in der Psychotherapie an der Wahl der Methode beteiligt sein. In der Regel sollte keine spezielle Methode als allein erfolgversprechend vom Behandler avisiert werden
  Aufklärung sollte auch erfolgen über die Konsequenzen zumindest mittelfristiger und längerfristiger Psychotherapien: Labilisierung durch Infragestellung bisheriger Lebenskonzepte immer mit zu erwarten! (Es kommt im Verlauf von Psychotherapien nicht selten zu Trennungen und Scheidungen.)
- ***Gefahr von Machtmißbrauch*** während psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung durch Mißbrauch der Abhängigkeit des Patienten und Ausnutzung der Machtposition des Arztes in zweierlei Hinsicht:
  - *narzißtischer Mißbrauch:* Definition: alle Interaktionen und Beziehungskonstellationen zwischen Therapeut und Patient, die primär dem Wunsch des Therapeuten nach narzißtischer Gratifikation dienen und die die Entfaltung des „wahren Selbst" des Patienten verhindern oder zumindest erschweren. Der narzißtische Mißbrauch ist naturgemäß empirisch schwer zu evaluieren, dürfte aber häufiger als der sexuelle Mißbrauch sein. Beispiele für narzißtischen Mißbrauch: Der Therapeut verfolgt Therapieziele, die nicht denen des Patienten für sich und seine weitere Lebensplanung entsprechen; grenzenlose Empathie durch den Therapeuten verlockt zum Mißbrauch und nährt magische Allmachtsbedürfnisse; ferner Verhinderung von Separation durch den Therapeuten, der den Patienten zur Stützung seines eigenen narzißtischen Gleichgewichts benötigt. Schließlich stellen auch Symbiosewünsche von Therapeuten gegenüber ihren Patienten eine Form des narzißtischen Mißbrauchs dar. Hierher gehört auch das Festhalten an Patienten, obwohl ein anderer Behandler oder eine andere Behandlungsinstitution erfolgversprechender wäre; in diesem Zusammenhang auch Herabsetzung von Kollegen (stets cave!).
  - *sexueller Mißbrauch:* Definition: sexueller Kontakt, initiiert durch den Therapeuten, mit dem Ziel, im Patienten/Therapeuten sexuelle Wünsche zu wecken und/oder zu befriedigen. Verschiedene empirische Studien haben gezeigt, daß etwa 10 % der befragten Psychotherapeuten, unabhängig von ihrer jeweiligen schulenspezifischen Ausbildung, sexuelle Kontakte zu Patienten zugaben. In der langdauernden Einzelpsychotherapie mit ausgeprägten Übertragungsphänomenen und entsprechenden Wünschen bei nicht ausreichend bearbeiteter Gegenübertragung besondere Versuchungs- und Gefahrensituation! Nach solchen Vorfällen in der Regel Abbruch der Psychotherapie sowie erhebliche Folgeschäden bei den (überwiegend weiblichen) Patienten. Folgeschäden sind z. B.: Schuld- und Schamgefühle, Mißtrauen gegenüber weiterer Therapie und gegenüber Männern allgemein, Depressionen und Verlust an Selbstwertgefühl, suizidales Erleben oder Verhalten und Alkohol- und Drogengebrauch. Bei etwa 90% der betroffenen Patientinnen wurden negative Folgen festgestellt.

Frage der Einsichtnahme in Krankengeschichten

Allgemeinmedizinische Befunde müssen dem (ehemaligen) Patienten oder seinem juristischen Vertreter zugänglich gemacht werden, psychiatrische Teile der Krankengeschichte müssen dagegen nur im Einzelfall, nicht jedoch generell zur Einsicht offenstehen.

22.2 Forschung

Die Notwendigkeit wissenschaftlicher Grundlagen- und Therapieforschung sowie Medikamentenstudien besteht auch in der Psychiatrie. Zu berücksichtigen sind:

- Gefahr des Mißbrauchs von nichteinwilligungsfähigen Patienten bei zu riskanten Studien: generell nur Studien mit einwilligungsfähigen Patienten nach Prüfung durch die zuständige Ethikkommission („informierte Zustimmung" nach Aufklärung, unter Zuhilfenahme eines entsprechenden Formulars). Nur ausnahmsweise bei unter Betreuung stehenden Patienten: Zustimmung des Betreuers erforderlich. Die Behandlung sollte, wenn möglich, auch dem Betreffenden einen Nutzen bringen.
- Gefahr der Korrumpierung der Untersucher bei Arzneimittelstudien durch persönliche finanzielle Zuwendungen (z. B. Reisen!) von Industriefirmen oder anderen Geldgebern; Erlöse aus pharmakologischen Studien sollten wissenschaftlichen, fachlichen oder auch patientenbezogenen Zwecken zugute kommen

Ratsam: Beachtung der Empfehlungen des Weltärztebundes zur Durchführung von wissenschaftlichen Versuchen am Menschen (Deklarationen von Helsinki und Tokio); in jedem Fall Einschaltung der zuständigen Ethikkommission

22.3 Psychiatrie und Gesellschaft

Psychiatrie und Recht

Forderung der Gesellschaft nach Bestrafung von Straftätern bei Vorliegen von Schuldfähigkeit. Psychiater als Sachverständiger für die Frage des Vorliegens der medizinischen Voraussetzungen für die Annahme von Schuldunfähigkeit bzw. verminderter Schuldfähigkeit (s. Kap. „Forensische Psychiatrie", S. 286 ff.).

Ethisches Problem: die Findung einer *neutralen* Position als Gutachter. Konflikt zwischen Arztrolle und Identifikation mit der öffentlichen Forderung nach „gerechter Bestrafung", vertreten durch den Staatsanwalt (besonders schwierige Gutachterposition in den USA als Gutachter für eine der Parteien vor Gericht, d. h. kein richterlicher Auftrag. Extreme

Probleme in Ländern, in denen Dissidenten psychiatrisch zwangsbehandelt werden).

Vorsicht vor *Mißbrauch gutachterlicher Funktionen* (z. B. bei Begutachtung von Patienten zur Betreuung; Extremfall „Begutachtung" psychisch Kranker im Rahmen der sog. Euthanasie im Dritten Reich)

Vorurteile und Öffentlichkeit

- Richtigstellung und Bekämpfung der in der Gesellschaft immer noch häufig bestehenden unberechtigten Fehl- und Vorurteile sowie der oft massiven Ablehnung psychisch Kranker
- Vertretung der Interessen von psychisch Kranken durch Ärzte, sonstige Behandelnde sowie durch Angehörige, da Patienten oft nicht zur Gegenwehr bzw. zur eigenen Durchsetzung ihrer Ansprüche in der Lage sind und häufig aus Angst vor Abwertung fürchten, öffentlich in Erscheinung zu treten; falls erwünscht fachliche Hilfsangebote gegenüber Selbsthilfegruppen und Angehörigenverbänden

Ethik im Sinne sozialpolitischen Handelns

Ethische Verpflichtung des Psychiaters, die Benachteiligung psychisch Kranker in vielen Bereichen aufzuzeigen und diesen Zustand zu beseitigen, d. h. Verpflichtung, „psychisch Kranken als Randgruppe" adäquate, mit somatischen Versorgungsbereichen vergleichbare Bedingungen zu schaffen

23 Historisches

Prägung des Begriffs „Psychiatrie“ (griech. *psyche* = Seele, *iatros* = Arzt) durch Johann Christian Reil (1759–1813). Ansätze zu einer ärztlichen Seelenheilkunde bereits im griechisch-römischen Altertum. Entwicklung der Psychiatrie im heutigen Sinne erst in den letzten 200 Jahren (für einen vertiefenden Überblick über die Geschichte der Psychiatrie, vgl. Weiterführende Literatur, S. 336 ff)

23.1 Antike

Natürliche Erklärung von Geisteskrankheiten durch Verknüpfung von körperlichen und seelischen Vorgängen durch griechische Ärzte. Im „Corpus hippocraticum“ Darstellung der 4-Säfte-Lehre mit Ableitung des Temperaments: Blut: Sanguiniker, gelbe Galle: Choleriker, schwarze Galle: Melancholiker, Schleim: Phlegmatiker. *Humoralpathologie:* durch Störung im Säftegleichgewicht Entstehung von Krankheiten

In der *römischen Zeit* Darstellung zahlreicher Krankheitsbilder durch Cicero (Tusculanische Briefe), Celsus (etwa 30 n. Chr.), Soranus von Ephesus (ca. 100 n. Chr.) und Aretäus von Kappadozien (ca. 150 n. Chr.). Behandlung psychischer Störungen durch Isolierung, Sicherung des Kranken in Räumen mit hochliegenden Fenstern. Massage, mäßiger Aderlaß, Diät, Lokalbehandlung des Kopfes durch Ölumschläge oder Schröpfen. Stärkung des Verstandes durch kritisches Lesen von Texten, durch Fragenstellen oder Theaterspielen, auch Brettspielen und Reisen

Aus der Antike sind *keine psychiatrischen Krankenhäuser* bekannt.

23.2 Mittelalter und Renaissance

Verbreitung der griechischen und römischen Heilkunst durch die *Araber* in den von ihnen eroberten Gebieten Europas. Gründung der *ersten Spezialanstalten für Geisteskranke* u. a. in Damaskus, Kairo, Granada. Gute Pflege der Irren, Wohlwollen gegenüber den Geisteskranken

Im Mittelalter Weiterführung der arabischen Tradition besonders durch die Spanier, dann auch in Frankreich, England und Deutschland. Oft aber auch nur *inhumane Verwahrung* der Kranken, z. B. im „Stocke“ in Frankfurt oder in den „Dorenkisten“ in Lübeck. Öfter auch Ausweisung durch den Rat der betreffenden Stadt. Unterbringung von wohlhabenden Kranken in Festungs- oder Stadttürmen

Im späten Mittelalter wurden *Geisteskranke als Hexen,* Hexenmeister und Zauberer (mit Krankheitssymptomen als Teufelswerke) vielfach durch die Inquisition verfolgt. 1486 Publikation des Handbuchs der Hexenverfolger *„Malleus maleficarum“ (Der Hexenhammer),* verfaßt von den Dominikanern Heinrich Krämer und Jacob Sprenger: der Tod als therapia ultima. 15.–17. Jahrhundert: Folterung und Verbrennung von Tausenden von Kranken

23.3 17. und 18. Jahrhundert

Geisteskranke wurden als *Asoziale* gemeinsam mit Krüppeln, Armen, Landstreichern und Prostituierten eingesperrt. In Frankreich Einrichtung des „Hôpital général“ beispielsweise in Paris, in Deutschland „Zuchthäuser“, in England „Workhouses“. Geisteskranke oft in Ketten, keine Behandlung durch Ärzte. Nach dem Beginn von Reformen im 16. Jahrhundert eher Stagnation im 17. Jahrhundert

Im Zuge der *Aufklärung* in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts *Humanisierung der Behandlung* der Geisteskranken. Aus den alten Tollhäusern werden Irrenanstalten. In Wien wird der „Irrenturm“ (Narrenturm), ein 5-stöckiger Rundbau, als erste derartige Einrichtung in Verbindung mit einem Allgemeinkrankenhaus errichtet. Es kommt zur legendären Befreiung der Irren von ihren Ketten in der „Bicêtre“ in Paris durch *Philipp Pinel* (1793).

23.4 19. Jahrhundert

Beginn des 19. Jahrhunderts: Psychiatrie in *Frankreich* führend: Philippe Pinel (1745–1826), sein Schüler Etienne Esquirol (1772–1840, „Lehre von den Monomanien“) und Joseph Daquin (1788–1815). Insb. Pinel und Daquin sind Befürworter des *„traitement moral“,* einer neuen Form des Umgangs mit den Kranken, gekennzeichnet durch Zuwendung, Milde und Geduld.

1. Hälfte des 19. Jahrhunderts: in *Deutschland* die *„Psychiker“* (romantische Psychiatrie): Geisteskrankheiten als Erkrankungen der körperlosen Seele, als Folge der Sünde. Therapie mit z. T. barbarischen körperlichen Behandlungsmethoden, um die Seele zu erschüttern: Darwinscher Stuhl, Untertauchen in eiskaltes Wasser, Hungerkuren, Elektrizität. Vertreter dieser Lehre: Johann Christian August Heinroth (1773–1843), Karl-Wilhelm Ideler (1795–1860) und Justinus Kerner (1786–1862)

Demgegenüber die *„Somatiker“* wie Friedrich Nasse (1778–1851), Maximilian Jacobi (1775–1858) mit naturwissenschaftlichem, aber auch anthropologisch-ganzheitlichem Denkansatz

Die ***stationäre Psychiatrie*** des 19. Jahrhunderts gekennzeichnet durch Anstaltspsychiatrie (zahlreiche Gründungen wie Sonnenstein, Illenau, Sachsenberg, Winnenthal mit Direktoren wie Damerow, Roller, Flemming). Humanisierung der Behandlung

Im 19. Jahrhundert starke ***sozialpsychiatrische Impulse:*** von *England* ausgehend (nach dem Tode eines in der Zwangsjacke Fixierten) die *Non-restraint-Bewegung:* Promotor war Robert Gardiner Hill, Direktor des Lincoln-Lunatic-Asylums (1830 noch Fesselung von 39 von insg. 92 Patienten, 1837 nur 2 von 130 Patienten!).

John Conolly (1794–1866), der vollständig auf mechanische Zwangsmittel verzichtete, veränderte die menschliche Haltung den Patienten gegenüber. Prinzipien der Geduld, Gerechtigkeit und Güte; tägliche Visite der Ärzte; zahlreiche soziale Veranstaltungen mit gemeinsamer Teilnahme von Männern und Frauen; regelmäßige Betätigung der Kranken in Handwerk und Landwirtschaft

Verbreitung dieser aus England kommenden Einflüsse in ganz Europa, insb. auch in deutschen Anstalten: ferner Entstehung von sog. *„kolonialen Anstalten“* mit Landwirtschaft

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts Aufkommen der ***Universitätspsychiatrie*** mit den ersten deutschen Lehrstühlen: so 1811 Johann Christian August Heinroth in Leipzig

Bedeutendster deutscher Psychiater im 19. Jahrhundert ist *Wilhelm Griesinger* (1817–1865): psychische Krankheiten sind Erkrankungen des Gehirns, Irresein Ausdruck anomaler Gehirnzustände. Interesse auch für „sozialpsychiatrische“ Behandlungs- und Versorgungsgesichtspunkte der Kranken. Griesingers Werk bietet eine Synthese der anatomischen, physiologischen, psychologischen und klinischen Standpunkte.

Erst ab Ende des 19. Jahrhunderts ***Klinifizierung*** der Psychiatrie: Bettbehandlung seit 1890 mit Wachsälen und warmen Dauerbädern. Verbindung mit der Neurologie, Versuch der Integration in die Gesamtmedizin

Zu Ende des 19. Jahrhunderts zahlreiche bedeutende Psychiater bzw. Neuropsychiater wie Karl Kahlbaum (Beschreibung der Katatonie), Ewald Hecker (Beschreibung der Hebephrenie), Carl Westphal (Agoraphobie)

23.5 20. Jahrhundert

Emil Kraepelin (1856–1926): zentrale Gestalt in der Psychiatrie zu Beginn des 20. Jahrhunderts; zunächst Assistent von Bernhard von Gudden (1824–1886) in München; Arbeit an verschiedenen Irrenanstalten; Professuren in Dorpat, Heidelberg und München. Gründung der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München. Zahlreiche Auflagen seines Lehrbuchs mit Systematik psychischer Erkrankungen. Entscheidend die *Beobachtung des Gesamtverlaufs,* Unterscheidung von exogenen und endogenen Psychosen. Erstbeschreibung der *„Dementia praecox“* als früh auftretende Form der Schizophrenie. Abgrenzung des bald darauf von *Eugen Bleuler* (1857–1939) so bezeichneten schizophrenen Formenkreises von den manisch-depressiven Erkrankungen. Weitreichender Einfluß von Kraepelin und Bleuler

In den folgenden Jahrzehnten bedeutende Vertreter der ***Phänomenologischen Psychiatrie*** mit Systematisierung der Psychopathologie: Karl Jaspers (1883–1969) und Kurt Schneider (1887–1967)

Entgegen der zunehmenden Klinifizierung, der Überfüllung der Anstalten und dem Verlust früherer sozialpsychiatrischer Errungenschaften zu Beginn des 20. Jahrhunderts Einführung der *„aktiveren Krankenbehandlung“* nach Hermann Simon (1867–1947) in den Anstalten Warstein und Gütersloh. Arbeitssystem zur Vermeidung von Regression und Hospitalisierung

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts Entwicklung der ***Psychoanalyse,*** begründet von *Sigmund Freud* (1856–1939). Mitarbeiter und Schüler: u. a. Eugen Bleuler, Alfred Adler und Carl Gustav Jung. Entwicklung der orthodoxen Psychoanalyse und im Laufe der Jahrzehnte zahlreicher weiterer analytisch ausgerichteter Psychotherapiemethoden

Im Anschluß an *Iwan Petrowitsch Pawlow* (1849–1936) mit seiner Lehre von den konditionierten Reflexen Entwicklung verschiedener Lern- und Verhaltenstheorien und später der ***Verhaltenstherapie,*** die zunehmend an Bedeutung gewonnen hat

Zahlreiche ***neue somatische Behandlungsmethoden:***

- Behandlung der progressiven Paralyse mit Fieberschüben durch *Infektion mit Malaria-Erregern,* eingeführt von Julius Wagner, Ritter von

Jauregg, in Wien (einziger Psychiater mit Nobelpreis!), später Ablösung dieser Therapieform durch Penicillinbehandlung
- 1933 Publikation der *Insulin-Koma-Behandlung* durch *Manfred Sakel*, Behandlungsmethode bis in die Ära der Psychopharmaka, seither obsolet
- Einführung der *Elektrokrampftherapie* 1937 von Cerletti und Bini
- 1936 Einführung der *präfrontalen Lobotomie* (Leukotomie) durch Egas Moniz und Lima in Portugal. Methode nur für kurze Zeit verbreitet, da mit vielen Komplikationen belastet

Seit 1952 leitet die Entwicklung von ***Psychopharmaka*** eine Revolution in der Behandlung psychisch Kranker ein.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts führende Rolle Deutschlands in der Psychiatrie: Nosologie, Psychopathologie, Neuroanatomie, Genetik. Auch sozialpsychiatrische Impulse: z. B. gemeindenahe offene Versorgung, psychiatrische Fürsorge für stationär Entlassene etc.

In der ersten Jahrhunderthälfte, von einer Reihe von Ausnahmen abgesehen, skeptische bis ablehnende Haltung der deutschen Psychiatrie gegenüber der Psychotherapie, insbesondere der Psychoanalyse; in den letzten Jahrzehnten zunehmende Annäherung und Integration zahlreicher psychotherapeutischer Methoden in die Psychiatrie

Niedergang während der ***Zeit des Nationalsozialismus*** (1933–1945): Radikale Umsetzung der seit Ende des 19. Jahrhunderts in vielen Ländern populären Gedanken des Sozialdarwinismus. Einführung der Gesetze zur zwangsweisen Sterilisation erblich Belasteter und vor allem psychisch Kranker; zahlreiche Randgruppen betroffen. Während des Zweiten Weltkriegs Ermordung von etwa 100 000 psychisch Kranken, in der Mehrzahl chronisch kranker Patienten aus den deutschen Anstalten. Geheimgehaltene T4-Aktion unter aktiver Mitwirkung von prominenten Psychiatern; Tod vieler Kranker in Gaskammern. Nach dem Krieg Selbstachtung und Ansehen der deutschen Psychiatrie weitgehend erschüttert; zögerlicher Neubeginn

Seit etwa 1965/1970 Ansätze zu einer Reform der Versorgung. 1975 Bericht der ***Enquête-Kommission zur Situation der Psychiatrie in der BRD*** (Vorsitzender Caspar Kulenkampff): Darstellung der „brutalen Realität" in den Psychiatrischen Krankenhäusern und des Mangels an ambulanten und komplementären Versorgungseinrichtungen. Forderung nach bedarfsgerechter, gemeindenaher, mit der somatischen Medizin gleichgestellter Psychiatrie. Seither viele neue Impulse und Reformschritte

Im Bereich der Forschung nach und nach Anschluß an den internationalen Standard, vor allem auch in der sogenannten biologischen Psychiatrie.

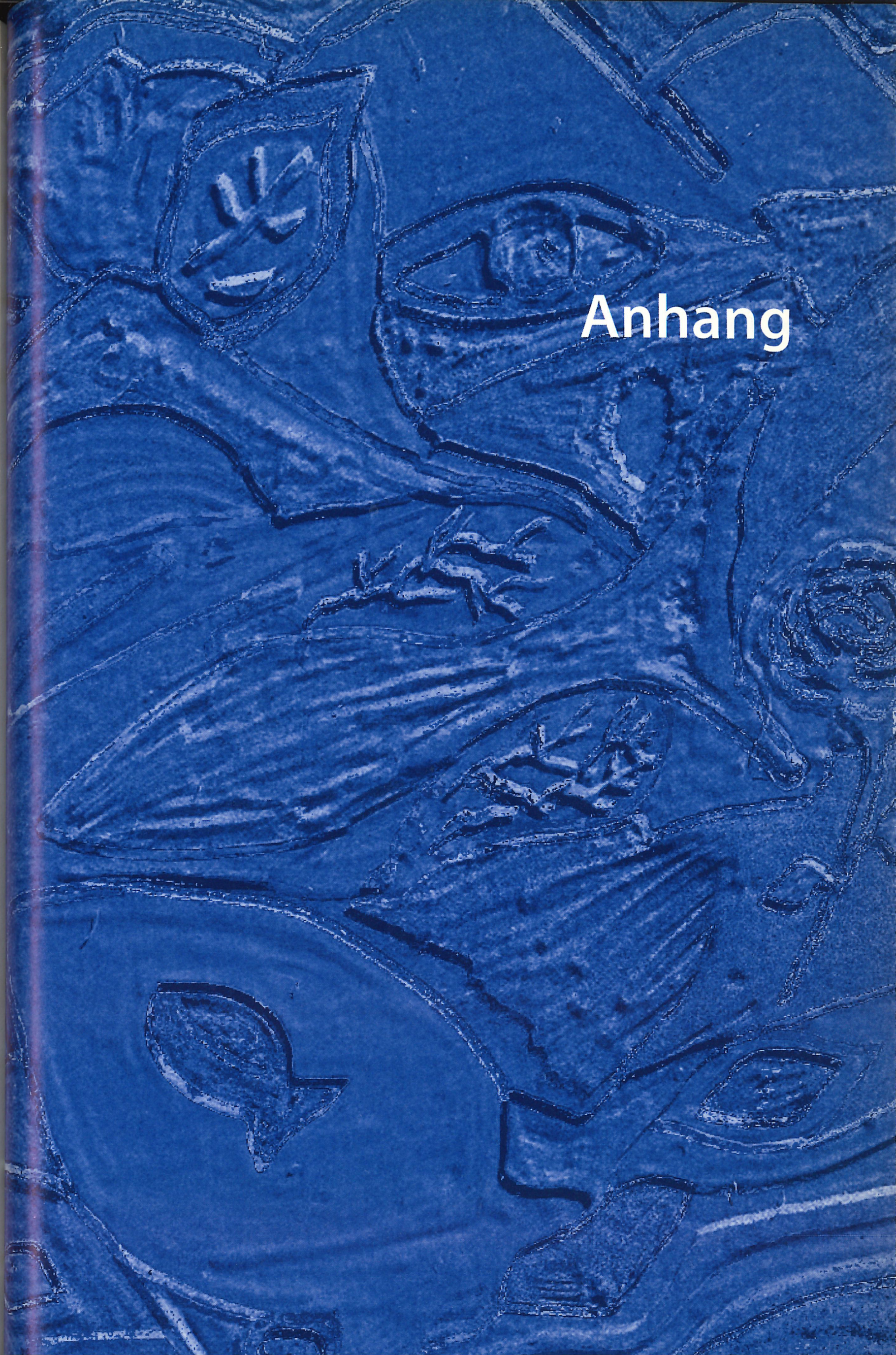
Exkurs: Transkulturelle Psychiatrie. Beschreibung und Verständnis für Eigenarten und Besonderheiten seelischer Störungen bei anderen Völkern; bei Naturvölkern Krankheit als Eingriff übernatürlicher Mächte wie böser Geister, Hexen und Zauberer. Unterschiedliche Normvorstellungen.

Beispiele für kulturgebundene psychische Störungen:
- Latah: psychogene Störung mit Echolalie und Echopraxie auf den Philippinen und Madagaskar, als „arktische Hysterie" in Sibirien
- Dhat: ungerechtfertigte Sorge um die schwächenden Wirkungen des Samenergusses
- Koro: Angst vor Retraktion des Penis ins Abdomen mit Todesfolge (China); epidemisches Auftreten
- Amok: akute Psychose mit Tötung von Menschen; aggressiver Bewegungsdrang, anschließend Amnesie. Beziehung zum epileptischen Dämmerzustand
- Voodoo-Tod: autosuggestiv hervorgerufener Tod bei Anhängern des Voodoo-Kults in Afrika und auf Haiti, zurückzuführen auf die Überzeugung, unter dem Einfluß von Magie sterben zu müssen (Thanatomanie) – Literarisches Beispiel eines autosuggestiv hervorgerufenen Todes: Penthesilea von Heinrich von Kleist

Exkurs: Ökopsychiatrie. Die Aktualität ökologischer Problematik spiegelt sich auch in der Psychiatrie wider:
- die globale Umweltzerstörung durch den Menschen erzeugt zahlreiche Ängste, die sich z. B. in „Wahninhalten" psychotischer Störungen manifestiert
- tatsächliche oder befürchtete Schädigungen durch Umwelteinflüsse (Strahlung, toxische Schädigung) können zu unterschiedlichen Syndromen führen mit vegetativen und psychischen (Depression, Angst, Gedächtnisstörungen) Symptomen z. B. Wohngiftsyndrom, MCS (Multiple Chemical Sensitvity) oder Taxikopie (psychogen entstandene Kopie der befürchteten Vergiftung); man kann bei diesen Syndromen einteilen in solche mit eindeutigen, fraglichen oder fehlenden Noxen

  Der betreuende Arzt sollte die Beschwerden und Ängste ernst nehmen und eine ätiologische Abklärung versuchen. Wenn keine organische Ätiologie nachweisbar, psychotherapeutische Gespräche, keinesfalls bagatellisieren!

Anhang



A Anhang A: Übersicht über das Kapitel F (V) der Internationalen Klassifikation der Krankheiten 10. Revision (ICD-10): Psychische Störungen

Diese Übersicht ist gegenüber dem Original aus Gründen der Übersichtlichkeit gekürzt; bei Diagnosenangaben von 3 bis 5 Stellen (F 00 bis F 00.00) ist die 8. Position (F 08 bis F 00.08) als „sonstige näher bezeichnete Störung" und die 9. Position (F 09 bis F 00.09) als „nicht näher bezeichnete Störung" zu verwenden

F 0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

F 00 Demenz bei Alzheimer Krankheit
- F 00.0 – mit frühem Beginn
- F 00.1 – mit spätem Beginn
- F 00.2 – atypische oder gemischte Form

F 01 vaskuläre Demenz
- F 01.0 vaskuläre Demenz mit akutem Beginn
- F 01.1 Multiinfarktdemenz
- F 01.2 subkortikale vaskuläre Demenz
- F 01.3 gemischte (kortikale und subkortikale) vaskuläre Demenz

F 02 Demenz bei sonstigen andernorts klassifizierten Krankheiten
- F02.0 bei Pick-Krankheit
- F 02.1 bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
- F 02.2 bei Huntington-Krankheit
- F 02.3 bei Parkinson-Krankheit
- F 02.4 bei Krankheit durch das Humane-Immundefizienz-Virus (HIV)

F 03 nicht näher bezeichnete Demenz

F 04 organisches amnestisches Syndrom

F 05 Delir, nicht durch Alkohol- oder sonstige psychotrope Substanzen bedingt
- F 05.0 ohne Demenz
- F 05.1 bei Demenz

F 06 sonstige psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
- F 06.0 organische Halluzinose
- F 06.1 organische katatone Störung
- F 06.2 organische wahnhafte (schizophreniforme) Störung
- F 06.3 organische affektive Störung

F 06.4 organische Angststörung
F 06.5 organische dissoziative Störung
F 06.6 organische emotional labile (asthenische) Störung
F 06.7 leichte kognitive Störung

F 07 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
F 07.0 organische Persönlichkeitsstörung
F 07.1 postenzephalitisches Syndrom
F 07.2 organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma

F 1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F 10 Störungen durch Alkohol

F 11 Störungen durch Opioide

F 12 Störungen durch Cannabinoide

F 13 Störungen durch Sedativa oder Hypnotika

F 14 Störungen durch Kokain

F 15 Störungen durch sonstige Stimulantien einschließlich Koffein

F 16 Störungen durch Halluzinogene

F 17 Störungen durch Tabak

F 18 Störungen durch flüchtige Lösungsmittel

F 19 Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen

Mit der vierten (und fünften) Stelle können die klinischen Zustandsbilder näher bezeichnet werden:
F 1x.0 akute Intoxikation
F 1x.1 schädlicher Gebrauch
F 1x.2 Abhängigkeitssyndrom
F 1x.3 Entzugssyndrom
F 1x.4 Entzugssyndrom mit Delir
F 1x.5 psychotische Störung
F 1x.6 amnestisches Syndrom
F 1x.7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung

F 2 Schizophrene, schizotype und wahnhafte Störungen

F 20 Schizophrenie
F 20.0 paranoide Schizophrenie
F 20.1 hebephrene Schizophrenie
F 20.2 katatone Schizophrenie
F 20.3 undifferenzierte Depression
F 20.4 postschizophrene Depression
F 20.5 schizophrenes Residuum
F 20.6 Schizophrenia simplex

F 21 schizotype Störung

F 22 anhaltende wahnhafte Störungen

F 23 akute vorübergehende psychotische Störungen
F 23.0 polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie
F 23.1 polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie
F 23.2 schizophreniforme psychotische Störung
F 23.3 sonstige vorwiegend wahnhafte psychotische Störung

F 24 induzierte wahnhafte Störung

F 25 schizoaffektive Störungen
F 25.0 schizomanische Störung
F 25.1 schizodepressive Störung
F 25.2 gemischte schizoaffektive Störung

F 3 Affektive Störungen

F 30 manische Episode
F 30.0 Hypomanie
F 30.1 Manie ohne psychotische Symptome
F 30.2 Manie mit psychotischen Symptomen

F 31 bipolare affektive Störung
F 31.0 hypomanische Episode
F 31.1 manische Episode, ohne psychotische Symptome
F 31.2 manische Episode, mit psychotischen Symptomen
F 31.3 leichte oder mittelgradige depressive Episode
F 31.4 schwere depressive Episode, ohne psychotische Symptome
F 31.5 schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F 31.6 gemischte Episode
F 31.7 remittiert

F 32 depressive Episode
- F 32.0 leichte depressive Episode
- F 32.1 mittelgradige depressive Episode
- F 32.2 schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
- F 32.3 schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen

F 33 rezidivierende depressive Störungen
- F 33.0 leichte Episode
- F 33.1 mittelgradige Episode
- F 33.2 schwere Episode ohne psychotische Symptome
- F 33.3 schwere Episode mit psychotischen Symptomen
- F 33.4 remittiert

F 34 anhaltende affektive Störungen
- F 34.0 Zyklothymia
- F 34.1 Dysthymia

F 38 sonstige affektive Störungen
- F 38.0 sonstige einzelne affektive Störungen
  - .00 gemischte affektive Episode
- F 38.1 sonstige rezidivierende affektive Störungen
  - .10 rezidivierende kurze depressive Störung
- F 38.8 sonstige näher bezeichnete affektive Störungen

F 4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen

F 40 phobische Störung
- F 40.0 Agoraphobie
- F 40.1 soziale Phobien
- F 40.2 spezifische (isolierte) Phobien

F 41 sonstige Angststörungen
- F 41.0 Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)
- F 41.1 generalisierte Angststörung
- F 41.2 Angst und depressive Störung, gemischt
- F 41.3 sonstige gemischte Angststörungen

F 42 Zwangsstörung
- F 42.0 vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang
- F 42.1 vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale)
- F 42.2 Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt

F 43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
- F 43.0 akute Belastungsreaktion
- F 43.1 posttraumatische Belastungsstörung
- F 43.2 Anpassungsstörungen

F 44 dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
- F 44.0 dissoziative Amnesie
- F 44.1 dissoziative Fugue
- F 44.2 dissoziativer Stupor
- F 44.3 Trance und Besessenheitszustände
- F 44.4 dissoziative Bewegungsstörungen
- F 44.5 dissoziative Krampfanfälle
- F 44.6 dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen
- F 44.7 dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), gemischt
- F 44.8 sonstige dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
  - .80 Ganser Syndrom
  - .81 Multiple Persönlichkeitsstörung
  - .82 vorübergehende dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) des Kindes- und Jugendalters

F 45 somatoforme Störungen
- F 45.0 Somatisierungsstörung
- F 45.1 undifferenzierte Somatisierungsstörung
- F 45.2 hypochondrische Störung
- F 45.3 somatoforme autonome Funktionsstörung
- F 45.4 anhaltende somatoforme Schmerzstörung

F 48 sonstige neurotische Störungen
- F 48.0 Neurasthenie
- F 48.1 Depersonalisations-, Derealisationssyndrom

F 5 Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren

F 50 Eßstörungen
- F 50.0 Anorexia nervosa
- F 50.2 Bulimia nervosa
- F 50.4 Eßattacken bei sonstigen psychischen Störungen
- F 50.5 Erbrechen bei psychischen Störungen

F 51 nichtorganische Schlafstörungen
- F 51.0 Insomnie
- F 51.1 Hypersomnie

F 51.2 Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus
F 51.3 Schlafwandeln (Somnambulismus)
F 51.4 Pavor nocturnus
F 51.5 Alpträume

F 52 sexuelle Funktionsstörungen,
nicht bedingt durch eine organische Störung oder Krankheit
F 52.0 Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen
F 52.1 sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung
F 52.2 Versagen genitaler Reaktionen
F 52.3 Orgasmusstörung
F 52.4 Ejaculatio praecox
F 52.5 nichtorganischer Vaginismus
F 52.6 nichtorganische Dypspareunie
F 52.7 gesteigertes sexuelles Verlangen

F 53 psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett,
nicht andernorts klassifizierbar

F 54 psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse
bei andernorts klassifizierten Krankheiten

F 55 Mißbrauch von nicht abhängigkeitserzeugenden Substanzen

F 6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F 60 Persönlichkeitsstörungen
F 60.0 paranoide
F 60.1 schizoide
F 60.2 dissoziale
F 60.3 emotional instabile
.30 impulsiver Typ
.31 Borderline-Typ
F 60.4 histrionische
F 60.5 anankastische
F 60.6 ängstliche (vermeidende)
F 60.7 abhängige

F 61 kombinierte und sonstige Persönlichkeitsstörungen

F 62 andauernde Persönlichkeitsänderungen,
nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns
F 62.0 nach Extrembelastung
F 62.1 nach psychischer Krankheit

F 63 abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
F 63.0 pathologisches Spielen
F 63.1 pathologische Brandstiftung (Pyromanie)
F 63.2 pathologisches Stehlen (Kleptomanie)
F 63.3 Trichotillomanie

F 64 Störungen der Geschlechtsidentität
F 64.0 Transsexualismus
F 64.1 Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen
F 64.2 Störung der Geschlechtsidentität des Kindsalters

F 65 Störungen der Sexualpräferenz
F 65.0 Fetischismus
F 65.1 fetischistischer Transvestitismus
F 65.2 Exhibitionismus
F 65.3 Voyeurismus
F 65.4 Pädophilie
F 65.5 Sadomasochismus
F 65.6 multiple Störungen der Sexualpräferenz

F 66 psychische und Verhaltensprobleme
in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung
F 66.0 sexuelle Reifungskrise
F 66.1 ichdystone Sexualorientierung
F 66.2 sexuelle Beziehungsstörung

F 68 sonstige Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F 68.0 Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen
F 68.1 artifizielle Störung
(absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen)

F 7 Intelligenzminderung

F 70 leichte

F 71 mittelgradige

F 72 schwere

F 73 schwerste

F 8 Entwicklungsstörungen

F 80 umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
- F 80.0 Artikulationsstörung
- F 80.1 expressive Sprachstörung
- F 80.2 rezeptive Sprachstörung
- F 80.3 erworbene Aphasie mit Epilepsie (Landau-Kleffner-Syndrom)

F 81 umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
- F 81.0 Lese- und Rechtschreibstörung
- F 81.1 isolierte Rechtschreibstörung
- F 81.2 Rechenstörung
- F 81.3 kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten

F 82 umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen

F 83 kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen

F 84 tiefgreifende Entwicklungsstörungen
- F 84.0 frühkindlicher Autismus
- F 84.1 atypischer Autismus
- F 84.2 Rett-Syndrom
- F 84.3 sonstige desintegrative Störung des Kindesalters
- F 84.4 überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien
- F 84.5 Asperger-Syndrom

F 9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

F 90 hyperkinetische Störungen
- F 90.0 einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
- F 90.1 hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens

F 91 Störung des Sozialverhaltens
- F 91.0 auf den familiären Rahmen beschränkt
- F 91.1 bei fehlenden sozialen Bindungen
- F 91.2 bei vorhandenen sozialen Bindungen
- F 91.3 mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten

F 92 kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen

F 93 emotionale Störungen des Kindesalters
- F 93.0 emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters
- F 93.1 phobische Störung des Kindesalters

- F 93.2 Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters
- F 93.3 emotionale Störung mit Geschwisterrivalität

F 94 Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F 94.0 elektiver Mutismus
- F 94.1 reaktive Bindungsstörung des Kindesalters
- F 94.2 Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung

F 95 Ticstörungen
- F 95.0 vorübergehende Ticstörung
- F 95.1 chronische motorische oder vokale Ticstörung
- F 95.2 kombinierte, vokale und multiple motorische Tics (Tourette-Syndrom)

F 98 sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F 98.0 Enuresis
- F 98.1 Enkopresis
- F 98.2 Fütterstörung im frühen Kindesalter
- F 98.3 Pica im Kindesalter
- F 98.4 stereotype Bewegungsstörung
- F 98.5 Stottern (Stammeln)
- F 98.6 Poltern

F 99 Nicht näher bezeichnete psychische Störung

B Anhang B: Auswahl psychologischer Testverfahren*

Die hier vorgenommene Auswahl umfaßt gängige Testverfahren, die auch oder besonders in den Bereichen Psychiatrie und Psychotherapie zur Anwendung kommen können; Einzelheiten sind einschlägigen Fachbüchern zu entnehmen

1. Tests zur Erfassung der allgemeinen Leistungsfähigkeit

HAWIE (Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene) bzw. HAWIE-R (Revision, 1991): Dieser Intelligenztest setzt sich aus 11 Untertests zusammen (Definition der Intelligenz nach Wechsler: „Intelligenz ist die zusammengesetzte oder globale Fähigkeit des Individuums, zweckvoll zu handeln, vernünftig zu denken und sich mit seiner Umgebung wirkungsvoll auseinanderzusetzen")

Der Test mißt u. a. sprachliche Intelligenzleistungen wie Wortschatz, allgemeines Wissen und Verständnis, außerdem Rechenfähigkeit, Merkfähigkeit, Abstraktion, psychomotorische Geschwindigkeit sowie synthetische und analytische Fähigkeiten. Er ist zur Anwendung geeignet für normale und für klinische Probanden im Altersbereich zwischen 16 und 74 Jahren.

Literatur: Bondy C (1956) HAWIE (Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene). Huber, Bern
Tewes U (Hrsg) (1991) Hamburg – Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene – Revision 1991. Huber, Bern

IST-70 (Intelligenz-Struktur-Test): Intelligenztest, der sich aus 9 Untertests zusammensetzt. Das Verfahren zielt ab auf die Erfassung der intellektuellen Struktur. Als Strukturschwerpunkte werden die sprachliche und rechnerische Intelligenz, die räumliche Vorstellung und die Merkfähigkeit erfaßt.

Besonders geeignet für Berufsberatung, Bildungsberatung und Eignungsdiagnostik. Altersbereich: 12 bis 60 Jahre

Literatur: Amthauer R (1973) IST-70 Intelligenz-Struktur-Test. Hogrefe, Göttingen

---

* Für Beratung bei der Auswahl psychologischer Testverfahren danken wir Frau Dipl.-Psych. Dr. U. Pauli-Pott, Abteilung Medizinische Psychologie im Zentrum für Psychosomatische Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen

[1] Brickenkamp R (Hg) (1997) Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests. Hogrefe, Göttingen

2. Tests zur Erfassung von Leistungsausfällen bei Gehirnschädigungen (neuropsychologische Untersuchungsverfahren)

DCS (Diagnosticum für Cerebralschädigung): Dieser klinische Test kann bei der Klärung helfen, ob eine Hirnschädigung als mögliche Ursache von Störungen im Persönlichkeits- oder im Leistungsbereich in Frage kommt. Hauptfunktionen: Gestaltwahrnehmung, Gestaltspeicherung (Gedächtnis, Merkfähigkeit), Gestaltreproduktion und Aufmerksamkeit/Konzentration. Geeignet im Altersbereich 6–77 Jahre, nicht anwendbar für Personen mit geringer Intelligenz

Literatur: Weidlich S, Lamberti G (1993) DCS (Diagnosticum für Cerebralschädigung) nach F. Hillers. Huber, Bern.

Benton-Test: Klinischer Test, der Störungen in der Leistungsfähigkeit der visuellen Merkfähigkeit mißt. Aus dem Gedächtnis geometrische Figuren nachzeichnen! Mit ihm sind Hinweise auf Hirnverletzungen oder Hirnerkrankungen möglich. Durchführung ab 7 Jahren möglich.

Literatur: Benton AL (1996) Der Benton-Test. 7. Aufl. Dt. Bearbeitung von A. Benton Sivan und O. Spreen. Huber, Bern

TÜLUC (Tübinger-Luria-Christensen-Neuropsychologische Untersuchungsreihe): Klinischer Test zur Differentialdiagnose neuropsychischer Störungen.

Weitere Anwendungsgebiete: Therapieindikationen und Therapiekontrollen. Indiziert bei Patienten mit neuropsychischen Störungen, ohne definierten Altersbereich, zeitlich aufwendiges Testverfahren.

Literatur: Hamster W, Langner W, Mayer K (1980) TÜLUC – Tübinger-Luria-Christensen-Neuropsychologische Untersuchungsreihe. Beltz, Weinheim

Aachener Aphasietest (AAT): Standardisierter Aphasietest für eine deutschsprachige Population; Differenzierung von aphasischen Störungen; Untersuchungsdauer 60–90 Minuten, einsetzbar ab 14 Jahren.

Literatur: Huber W, Poeck K, Weniger D, Willmes K (1982) Der Aachener Aphasietest. Hogrefe, Göttingen
Poeck K (1982) Klinische Neuropsychologie. Thieme, Stuttgart

3. Tests zur Erfassung eng umschriebener Aspekte der geistigen Leistungsfähigkeit

KLT (Konzentrations-Leistungs-Test): Allgemeiner Leistungstest, insbesondere zur Messung der Konzentrationsfähigkeit bei Langzeitanspannung, anwendbar ab dem 4. Schuljahr. Bearbeitungsdauer ca. 30 Minuten.

Literatur: Düker H (Hrsg Lienert GA) (1965) KLT – Konzentrations-Leistungs-Test. Hogrefe, Göttingen

d 2 (Aufmerksamkeits-Belastungs-Test): Allgemeiner Leistungstest mit Schwerpunkt auf der Messung von Aufmerksamkeit und Konzentration bei Kurzzeitanspannung. Gemessen wird die Schnelligkeit und Genauigkeit der Unterscheidung ähnlicher visueller Reize. Anwendungsbereich u. a. in der Klinischen Psychologie, der Schulpsychologie und der Psychopharmakologie. Altersbereich 9 bis 59 Jahre, Bearbeitungsdauer ca. 8 Minuten.

Literatur: Brickenkamp R (1994) Test d2 Aufmerksamkeits-Belastungs-Test, 8. Aufl. Hogrefe, Göttingen

4. Allgemeine Persönlichkeitsinventare

BIV (Biographisches Inventar zur Diagnose von Verhaltensstörungen): Klinischer Test, der objektive und standardisierte Informationen über die Biographie, Umweltsituation und den psychischen Ist-Zustand eines Probanden ermittelt. Der Test besteht aus 8 Subskalen. Anwendungsbereich: Klinik, Eheberatung, Rehabilitation. Altersbereich: Erwachsene (ab 18 Jahren).

Literatur: Jaeger S, Lischer B, Münster B, Ritz B (1976) BIV – Biographisches Inventar zur Diagnose von Verhaltensstörungen. Hogrefe, Göttingen

GT (Gießen-Test): Verfahren zur Erfassung von Selbst-, Fremd- und Idealbildern. Der GT erfaßt, welche Merkmale eine Person sich selbst (Selbstbild) oder einer anderen Person (Fremdbild) zuschreibt, d. h. interne und externe Attributionen. Hierdurch ergibt sich einerseits ein Bezug zu Rollen- und andererseits zu Selbstkonzepttheorien, zumal reales und ideales Selbstbild verglichen werden können. Die Items des Fragebogens sind zu den folgenden sechs Skalen zusammengefaßt: Soziale Resonanz, Dominanz, Kontrolle, Grundstimmung, Durchlässigkeit, soziale Potenz. Der GT weicht von üblichen Persönlichkeitsfragebögen ab, da vom Ansatz her psychoanalytische und sozialpsychologische Gesichtspunkte eingegangen sind. Altersbereich: ab 18 Jahren.

Literatur: Beckmann D, Brähler E, Richter HE (1991) Gießen-Test. Huber, Bern

Rorschach-Test: Form-Deuteverfahren, bestehend aus zehn Untertests, d. h. aus zehn Bildvorlagen mit zufällig entstandenen, nach bestimmten Kriterien sorgfältig ausgesuchten symmetrischen Klecksgebilden, deren Sinn unbestimmt und vieldeutig ist. Aus der Deutung der vorgegebenen Klecksgebilde sind Rückschlüsse auf die Persönlichkeitsstruktur und -dynamik eines Menschen möglich. Es handelt sich somit beim Rorschach-Test um eine projektive Technik, d. h. eigene Gedanken und Emotionen werden in das Anreizmaterial projiziert. Der Test ist

ein sehr bekanntes psychologisches Verfahren und findet besondere Anwendung bei klinischen Fragestellungen. Altersbereich: keine genauen Angaben.

Literatur: Rorschach H (1962) Rorschach-Test. Huber, Bern

FPI (Freiburger Persönlichkeitsinventar); FPI-A1 (neu normierte Fassung) FPI-R (Revision): Persönlichkeits-Struktur-Test mittels standardisiertem Fragebogen zur Selbstbeurteilung der Persönlichkeit. Die revidierte Form (FPI-R) erfaßt einige zusätzliche Facetten und wurde im Vergleich mit der ursprünglichen Version weitgehend umgestaltet. Skalen messen folgende Persönlichkeitsdimensionen: Lebenszufriedenheit, soziale Orientierung, Leistungsorientierung, Gehemmtheit, Erregbarkeit, Aggressivität, Beanspruchung, körperliche Beschwerden, Gesundheitssorgen, Offenheit. Anwendungsbereich: vergleichende Beschreibung von Individuen und Kollektiven im normalgesunden und klinischen Bereich. Altersbereich: ab 16 Jahre.

Literatur: Fahrenberg J, Hampel R, Selg H (1994) Das Freiburger Persönlichkeitsinventar. Hogrefe, Göttingen

MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory): Klinischer Test mittels Fragebogen zur Persönlichkeitsdiagnostik bzw. zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten. Die 566 Items beziehen sich auf psychopathologische, psychosomatische und sozialpsychologische Inhalte. Mit Hilfe des MMPI sollen alle wesentlichen Persönlichkeitsbereiche eines Probanden erfaßt werden. Eine Kurzform mit 221 Items liegt vor. Altersbereich: ab 16 Jahren.

Literatur: MMPI-Saarbrücken, dt. Version Spreen O (1963) Huber, Bern.
MMPI, dt. Kurzform für Handauswertung, Gehring A, Blaser P (1993) Huber, Bern

TAT (Thematischer Apperzeptionstest): Verbal thematisches Verfahren, bestehend aus 31 Tafeln. Die Bildtafeln sind mehrdeutig und enthalten größtenteils menschliche Figuren in verschiedenen Situationen. Da die Bilder mehrdeutig sind, ist der Deutungsprozeß in Abhängigkeit von der Persönlichkeit des Probanden, seinen bisherigen Erlebnissen und seinen Wünschen zu sehen; die Deutungen können aber auch von der Persönlichkeit des Interpreten mitbeeinflußt sein. Der TAT kann somit als Explorationsmittel dienen, um die innere Problematik eines Probanden zu erhellen. Als ein Verfahren der psychologischen Persönlichkeitsdiagnostik dient der TAT der Erfassung entscheidender Züge der dynamischen Persönlichkeitsstruktur. Anwendungsbereiche: klinische Psychologie, Psychotherapie, psychologische Beratung. Altersbereich: Kinder (CAT: Form für Kinder) und Erwachsene.

Literatur: Revers WS (1973) Der thematische Apperzeptionstest. Huber, Bern
Murray HA (1991) Thematischer Apperzeptionstest (TAT), 3. Aufl. Havard Univ. Press, Cambridge Mass.

sung chronobiologischer Phänomene, Indikator für die Suizidgefährdung. Altersbereich: keine Angaben.

Die KUSTA ist aufgrund ihrer leichten Verständlichkeit für einen weiten Probandenkreis geeignet (auch für Patienten mit niedrigem IQ und/oder motorischer Hemmung).

Literatur: Binz U, Wendt G (1986) Kurz-Skala Stimmung/Aktivierung (KUSTA), 2. Aufl. Weinheim, Beltz

7. Beschwerden-Listen

B-L (Beschwerden-Liste): Die B-L dient zur quantitativen Abschätzung subjektiv empfundener Beeinträchtigungen durch körperliche und allgemeine Beschwerden. Sie ist anwendbar in Längs- und Querschnittsuntersuchungen bei einzelnen Probanden und Gruppen. Altersbereich: 20 bis 64 Jahre.

Literatur: Zerssen D von (1976) Klinische Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S) aus dem Münchener Psychiatrischen Informationssystem (PSYCHIS München). Die Beschwerden-Liste. Beltz, Weinheim

GBB (Gießener Beschwerdebogen): Beschwerdebogen zur Erfassung subjektiver Körperbeschwerden, differenziert nach verschiedenen Beschwerdebereichen (z.B. Magen/Darm, Herz/Kreislauf). Selbstbeurteilungsbogen mit 4 Skalen. Altersbereich: ab 16 Jahren.

Literatur: Brähler E, Scheer JW (1993) Der Gießener Beschwerdebogen (GBB) 2. Aufl. Huber, Bern

8. Diagnostik von Interaktionen und Beziehungen

SOZU-K-22 (Fragebogen zur Sozialen Unterstützung, Kurzform): Fragebogen zur Erhebung des sozialen Netzwerkes und der sozialen Unterstützung. Skaleninhalte: wahrgenommene emotionale und instrumentelle Unterstützung, soziale Integration, Bewertung (benötigtes Ausmaß an Unterstützung, Zufriedenheit).

Literatur: Fydrich Th, Sommer G, Menzel U, Höll B (1987) Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (Kurzform; SOZU-K-22) Zeitschr Klin Psychol 16: 434–436

SONET (Standardisiertes Interview zum Sozialen Netzwerk und zur Sozialen Unterstützung): Standardisiertes Interview zur Selbstbeurteilung. Die Fragen werden vom Probanden zusammen mit dem Interviewer bearbeitet. Gemessen werden soziale Beziehungen eines Menschen, das soziale Netzwerk, die wahrgenommene soziale Unterstützung, die vorhandenen Ressourcen im sozialen Stützsystem. Die Skalen erfassen: Kontaktbereich, Bereich emotional wichtiger Bezugspersonen, Bereich problematischer Bezugspersonen, Bereich zusätzlicher Beziehungen, soziale Integration, wahrgenommene soziale Unterstützung, Merkmale der Interaktionsstruktur, Bewertung.

Literatur: Baumann U, Laireiter A, Pfingstmann G, Schwarzenbacher K (1987) Fragebogen zum Sozialen Netzwerk und zur Sozialen Unterstützung (SONET) Zeitschr Klin Psychol 16: 429–431
Reisenzein E, Baumann U, Laireiter A, Pfingstmann G, Schwarzenbacher K (1989) Interviewleitfaden „SONET" zur Erfassung von sozialem Netzwerk und sozialer Unterstützung. In: D. Rüdiger, W. Nöldner, D. Haug, E. Kopp (Hg) Gesundheitspsychologie, S. Roderer, Regensburg, S. 225–232

GT für Paare (Gießen-Test für Paare): Anwendung des Gießen-Tests auf Paare. Erfaßt werden Beziehungsstrukturen und deren Störungen von Paaren, wobei Selbst- und Partnerbeurteilung jeweils in Beziehung gesetzt werden.

Literatur: Beckmann D, Maack N (1978) Zum Problem der Personenwahrnehmung – Interaktionsdiagnostik bei Ehepaaren mit dem Gießen-Test. Med Psychol 4: 114–129
Beckmann D (1993) Eine Landkarte der Paarbeziehungen im Gießen-Test. In: Psychother Psychosom med Psychol 43/9/10: 364–369
Beckmann D (1994) Macht, Status und Valenz bei gesunden und kranken Partnern. In: Psychother Psychosom med Psychol 44/8: 253–259

FPD (Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik): Die FPD umfassen drei Instrumente: Den PFB (Partnerschaftsfragebogen) mit den Unterskalen ‚Streitverhalten', ‚Zärtlichkeit' und ‚Gemeinsamkeit/Kommunikation' zur Diagnose der Qualität der Partnerschaft, die PL (Problemliste) zur Erfassung spezifischer Konflikte und den FLP (Fragebogen zur Lebensgeschichte und Partnerschaft) zur Anamneseerhebung. Altersbereich: 18–65 Jahre.

Literatur: Hahlweg K (1996) Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD). Hogrefe, Göttingen

9. Spezielle klinische Tests

MALT (Münchner Alkoholismustest): Kombinierter Selbst- und Fremdbeurteilungs-Fragebogen zur Ermittlung von Alkoholismussymptomen auf Verhaltens- und physiologischer Ebene, die möglicherweise auf chronischen Alkoholkonsum zurückzuführen sind.

Keine spezifischen Altersangaben.

Literatur: Feuerlein W, Ringer C, Küfner H, Antons K (1979) Münchner Alkoholismustest MALT. Beltz, Weinheim (s. 2. Auflage, S. 350)

C Anhang C: Weiterführende Literatur

In der folgenden Liste psychiatrischer Fachliteratur ist aus der Vielfalt des Angebots eine Auswahl getroffen. Damit soll das weite Feld der theoretischen und praktischen Psychiatrie erfaßt werden, um dem Studenten Hinweise und dem in Weiterbildung Befindlichen eine Anleitung zu geben.

Einerseits können aus der angeführten Literatur die erforderlichen theoretischen Kenntnisse erworben werden; andererseits bietet die Liste die Möglichkeit, das Wissen aus der praktischen Arbeit zu vertiefen und bei weiterführenden Fragestellungen auch speziellere Literatur zu finden. Will man sich über einen besonderen Bereich orientieren, so lohnt es sich, im Handbuch „Psychiatrie der Gegenwart" nachzusehen. Fast zu allen Gebieten findet man hier Übersichten; so sind beispielsweise die entsprechenden Artikel zu den Bereichen der körperlich begründbaren psychischen Störungen oder zur Gerontopsychiatrie hier nicht noch einmal gesondert aufgeführt. Wir haben darauf geachtet, möglichst nur Bücher zu nennen, die gegenwärtig über Buchhandlungen bezogen werden können.

Die Erwähnung von Zeitschriften zum Schluß dieser Literaturhinweise soll ebenfalls nur einer ersten Orientierung dienen; weder Vollständigkeit noch Erwähnung aller wichtigen Publikationsorgane ist angestrebt.

Lehrbücher

Bleuler E (1983) Lehrbuch der Psychiatrie, 15. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Berger M (1999) Psychiatrie und Psychotherapie. Urban & Schwarzenberg, München

Dörner K, Plog U (1996) Irren ist menschlich, 5. Aufl. Psychiatrie-Verlag, Rehburg-Loccum

Ebert D (1995) Psychiatrie systematisch, 1. Aufl. UNI-MED, Lorch

Faust V (1995) Psychiatrie: ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. Fischer, Stuttgart

Freyberger H, Stieglitz RD (1996) Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie, 10. Aufl. Karger, Basel

Gastpar M, Kasper S, Linden M (1996) Psychiatrie. de Gruyter, Berlin

Huber G (1999) Psychiatrie, 6. Aufl. Schattauer, Stuttgart

Kisker KP, Freyberger H, Rose HK, Wulff E (1991) Psychiatrie. Psychosomatik, Psychotherapie, 5. Aufl. Thieme, Stuttgart

Möller HJ, Laux G, Deister A (1996) Psychiatrie. Hippokrates, Stuttgart

MöllerHJ, Laux G, Kapfkammer HP (2000) Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York

Tölle R (1999) Psychiatrie, 12. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Handbücher

Freedman AM, Kaplan HI, Sadock B, Peters UH (1994) Psychiatrie in Praxis und Klinik. In 7 Bänden, Thieme, Stuttgart

Kisker KP, Lauter H, Meyer J-E, Müller C, Strömgren E (1986–1989) Psychiatrie der Gegenwart, 3. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N (1999) Psychiatrie der Gegenwart. 4. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York

Wörterbücher

Müller C (1986) Lexikon der Psychiatrie, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Peters UH (1999) Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie, 5. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München

Grundlagen und Methoden, Untersuchungstechnik, Diagnostik

Argelander H (1983) Das Erstinterview in der Psychotherapie, 2. Aufl. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt

Balint M (1991) Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Fischer, Frankfurt

Dilling H (1986) Das Psychiatrische Anamnesenmosaik. Nervenarzt 57: 374–377

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg) (2000) Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 4. Aufl. Huber, Bern

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg) (1994) Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Forschungskriterien. Huber, Bern

Dilling H, Freyberger HJ (Hrsg) (1999) Weltgesundheitsorganisation. Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Huber, Bern

Dührssen A (1997) Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt, 4. Aufl. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Freyberger HJ, Dilling H (1993) Fallbuch Psychiatrie. Kasuistiken zum Kapitel V (F) der ICD-10. Huber, Bern

Kendell RE (1978) Die Diagnose in der Psychiatrie. Enke, Stuttgart

Kind H (1997) Psychiatrische Untersuchung, 5. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Reimer C (1994) Ärztliche Gesprächsführung, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
Remschmidt H, Schmidt MH (Hrsg) (1994) Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge. 3. Aufl. Huber, Bern
Sass H, Wittchen HU, Zaudig M (Hrsg) (1996) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-IV). Hogrefe, Göttingen Bern
World Health Organization (1994) Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision) Band I – Systematisches Verzeichnis. Springer, Berlin Heidelberg New York

Psychopathologie

Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (Hrsg) (1995) Das AMDP-System, 5. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
Jaspers K (1973) Allgemeine Psychopathologie, 9. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
Scharfetter C (1991) Allgemeine Psychopathologie, 3. Aufl. Thieme, Stuttgart
Schneider K (1992) Klinische Psychopathologie, 13. Aufl. Thieme, Stuttgart

Psychologie/Neuropsychologie

Arnold W, Eysenck HJ, Meili R (1991) Lexikon der Psychologie, 8. Aufl. Herder, Freiburg
Beckmann D, Davies-Osterkamp S, Scheer JW (Hrsg) (1982) Medizinische Psychologie. Springer, Berlin Heidelberg New York
Hautzinger M, Davison GC, Neale JM (Hrsg) (1996) Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch. 4. Aufl. Psychologie Verlags Union, München
Kindlers „Psychologie des 20. Jahrhunderts" (1984). Beltz, Weinheim
Kolb B, Whishaw IQ (1993) Neuropsychologie. Spectrum, Heidelberg
Poeck K (Hrsg) (1989) Klinische Neuropsychologie, 2. Aufl. Thieme, Stuttgart
Schmielau F, Schmielau-Lugmayr M (1990) Lehrbuch der Medizinischen Psychologie. Hogrefe, Göttingen
Zimbardo PG (1995) Psychologie, 6. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Sozialpsychiatrie, Psychiatrische Epidemiologie, Verlaufsforschung, Kunst und Psychiatrie

Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (1975) Bundestagsdrucksache 7/4200 1975. Bonn

Böker W, Häfner H (1973) Gewalttaten Geistesgestörter. Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland. Springer, Berlin Heidelberg New York
Dilling H, Weyerer S, Castell R (1984) Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung. Enke, Stuttgart
Fichter M (1990) Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
Navratil L (1976) Schizophrenie und Sprache – Schizophrenie und Kunst. dtv, München
Prinzhorn H (1922) Bildnerei der Geisteskranken. Springer, Berlin
Rössler W, Salize HJ (1996) Die psychiatrische Versorgung chronisch Kranker – Daten, Fakten, Analysen. Nomos, Baden-Baden
Schepank H (1987) Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim. Springer, Berlin Heidelberg New York
Wing JK (1982) Sozialpsychiatrie. Springer, Berlin Heidelberg New York

Psychotherapie, Psychoanalyse, Psychodynamik

Beck AT (1979) Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose. Kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen. Pfeiffer, München
Bowlby J (1991) Verlust, Trauer und Depression. 3. Aufl. Fischer, Frankfurt
Elhardt S (1991) Tiefenpsychologie. Eine Einführung, 12. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
Ermann M (1995) Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin. Kohlhammer, Stuttgart
Fiedler P (1994) Persönlichkeitsstörungen. Beltz, Weinheim
Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto
Mentzos S (1992) Neurotische Konfliktverarbeitung, 10. Aufl. Fischer, Frankfurt
Mertens W (1990–1992) Einführung in die psychoanalytische Therapie (3 Bände). Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln
Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E (2000) Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
Reimer C, Rüger U (2000) Psychodynamische Psychotherapien – Lehrbuch der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapien. Springer, Berlin Heidelberg New York
Revenstorf D (1982/1983) Psychotherapeutische Verfahren. Bd. I: Tiefenpsychologische Therapie, Bd. II: Verhaltenstherapie, Bd. III: Humanistische Therapien, Bd. IV: Gruppen-, Paar- und Familientherapie. Kohlhammer, Stuttgart
Riemann F (1985) Grundformen der Angst. Reinhard, München Basel
Sulz SKD (1987) Psychotherapie in der klinischen Psychiatrie. Thieme, Stuttgart

Schultz JH (1988) Das autogene Training, 18. Aufl. Thieme, Stuttgart
Strupp H, Binder JL (1991) Kurzpsychotherapie. Klett-Cotta, Stuttgart
Thomä H, Kächele H (1996) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie (2 Bände). 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Biologische Psychiatrie, Pharmakotherapie

Benkert O, Hippius H (1996) Psychiatrische Pharmakotherapie, 6. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
Müller-Oerlinghausen B, Greil W (Hrsg) (1986) Die Lithium-Therapie. Springer, Berlin Heidelberg New York
Schou M (1996) Lithium-Behandlung der manisch-depressiven Krankheit. 4. Aufl. Thieme, Stuttgart

Forensische Psychiatrie

Baeyer v W, Häfner H, Kisker KP (1964) Psychiatrie der Verfolgten. Springer, Berlin Göttingen Heidelberg New York
Göppinger H, Witter H (Hrsg) (1972) Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Springer, Berlin Heidelberg New York
Rasch W (1989) Forensische Psychiatrie. 2. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
Venzlaff U, Foerster K (2000) Psychiatrische Begutachtung. 2. Aufl. Fischer, Stuttgart

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Flavell JH (1979) Kognitive Entwicklung. Klett-Cotta, Stuttgart
Knölker U, Mattejat F, Schulte-Markwort M (1997) Kinder- und Jugendpsychiatrie systematisch. 1. Aufl. UNI-MED, Bremen Lorch
Oerter R, Montada L (1987) Entwicklungspsychologie. 2. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München
Remschmidt H, Schmidt MH (1987) Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis (3 Bände). 2. Aufl. Thieme, Stuttgart
Steinhausen H-C (1988) Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Urban & Schwarzenberg, München

Geschichte der Psychiatrie, Psychiatrische Ethik

Ackerknecht EH (1985) Kurze Geschichte der Psychiatrie, 3. Aufl. Enke, Stuttgart
Dilling H (1989) Ethische Überlegungen in der Psychiatrie. In: v. Engelhardt D (Hrsg) Ethik im Alltag der Medizin. Springer, Berlin Heidelberg New York
Helmchen H (1986) Ethische Fragen in der Psychiatrie. In: Kisker KP, Lauter H, Meyer J-E (Hrsg) Psychiatrie der Gegenwart, 2. Aufl., S 309–368. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Pauleikoff B (1983) Das Menschenbild im Wandel der Zeit (2 Bände). Pressler, Hürtgenwald
Reimer C (2000) Ethik der Psychotherapie. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E Psychotherapie, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York

Spezielle Krankheitslehre

Neurosen, Persönlichkeitsstörungen

Bräutigam W (1994) Reaktionen, Neurosen, Abnorme Persönlichkeiten, 6. Aufl. Thieme, Stuttgart
Hoffmann SO, Hochapfel G (1999) Einführung in die Neurosenlehre und Psychosomatische Medizin, 6. Aufl. Schattauer, Stuttgart
Kernberg OF (1983) Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Suhrkamp, Frankfurt
Kernberg OF (1996) Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien, 5. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart
Klußmann R (1988) Psychoanalytische Entwicklungspsychologie – Neurosenlehre – Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York
Rohde-Dachser C (1995) Das Borderline-Syndrom, 5. Aufl. Huber, Bern

Psychosomatik

Bräutigam W, Christian P, v Rad M (1997) Psychosomatische Medizin. Ein kurzgefaßtes Lehrbuch, 6. Aufl. Thieme, Stuttgart
Klußmann R (1996) Psychosomatische Medizin. Eine Übersicht, 3. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
Uexküll T von (Hrsg) (1996) Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin, 5. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München

Sucht

Edwards G (1986) Arbeit mit Alkoholkranken. Ein praktischer Leitfaden für die helfenden Berufe. Beltz, Weinheim
Feuerlein W (1989) Alkoholismus. Mißbrauch und Abhängigkeit, 4. Aufl. Thieme, Stuttgart
Schlüter-Dupont L (1990) Alkoholismus-Therapie. Pathogenetische, psychodynamische, klinische und therapeutische Grundlagen. Schattauer, Stuttgart New York
Wanke K, Täschner KL (1985) Rauschmittel. Drogen-Medikamente-Alkohol. Enke, Stuttgart

Sexualstörungen

Arentewicz G, Schmidt G (1986) Sexuell gestörte Beziehungen, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
Bräutigam W (1989) Sexualmedizin im Grundriß, 3. Aufl. Thieme, Stuttgart
Kockott G (Hrsg) (1977) Sexuelle Störungen. Urban & Schwarzenberg, München
Sigusch V (Hrsg) (1996) Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Thieme, Stuttgart

Suizid

Henseler H, Reimer C (1981) Selbstmordgefährdung. Frommann-Holzboog, Stuttgart
Reimer C (1986) Prävention und Therapie der Suizidalität. In: Kisker KP, Lauter H, Meyer JE, Müller C, Strömgren E (Hg) Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 2. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S. 133–173
Reimer C, Arentewicz G (1993) Kurzpsychotherapie nach Suizidversuch. Ein Leitfaden für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York

Affektive Störungen

Arieti S, Bemporad J (1983) Depression. Klett-Cotta, Stuttgart
Pöldinger W, Reimer C (Hrsg) (1993) Depressionen – Therapiekonzepte im Vergleich. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
Tellenbach H (1983) Melancholie, 4. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Schizophrenien, Wahnerkrankungen

Arieti S (1990) Schizophrenie. Ursachen, Verlauf, Therapie, 2. Aufl. Piper, München
Benedetti G (1991) Todeslandschaften der Seele. Psychopathologie, Psychodynamik und Psychotherapie der Schizophrenie, 3. Aufl. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
Ciompi L (1992) Affektlogik, 3. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart
Conrad K (1992) Die beginnende Schizophrenie, 6. Aufl. Thieme, Stuttgart
Katschnig H (Hrsg) (1989) Die andere Seite der Schizophrenie, 3. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München
Kretschmer E (1986) Der sensitive Beziehungswahn, 4. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
Süllwold L (1986) Schizophrenie, 2. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart

Zeitschriften

Abhängigkeiten
Acta Psychiatrica Scandinavica
American Journal of Psychiatry
Archives of General Psychiatry
Biological Psychiatry
British Journal of Psychiatry
Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie
Forum der Psychoanalyse
Fundamenta Psychiatrica
Krankenhauspsychiatrie
Nervenarzt
Nervenheilkunde
Pharmacopsychiatry
Psyche
Psychiatrische Praxis
Psycho
Psychotherapeut
Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie
Psychological Medicine
Recht & Psychiatrie
Schizophrenia Bulletin
Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology
Soziale Psychiatrie
Sozialpsychiatrische Informationen
Sucht
TW Neurologie, Psychiatrie
Verhaltenstherapie
Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Publikationsorgane der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) sind „Der Nervenarzt" sowie ein Mitteilungsblatt, das „Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde"

Sachverzeichnis

Die halbfett gedruckten Seitenzahlen verweisen auf die Textstellen, in denen näher auf die Begriffe eingegangen wird. Die Seitenzahlen, denen ein „F" vorangestellt ist, verweisen auf Fallbeispiele zum Begriff.

Aachener Aphasie-Test 52, 329
Abhängigkeit **72**, 73, 74, 228
- physisch 79
- psychisch 79
Abhängigkeits-Autonomie-Problem 140
Abhängigkeitserkrankung 21, 250
Ablenkbarkeit 36
Abstinenzsyndrom, neonatales 86
Abstraktionsfähigkeit 35, 51
Abulie 54
Abwehrbewegung 26
Abwehrmechanismen 141
Abwehr, psychosoziale 142
Acetylcholin 55
Achtmonatsangst 205
Adoleszenz 207
adynames Syndrom 88
Affekt 33, 37, 39
Affektdruck 27
Affektillusion 33
Affektinkontinenz 40, 52, 56, 60
Affektivität 17, 25, 37, **39**, 48, 55, 118, 122, 153
Affektlabilität 40, 52, 56, 58, 78, 86
Affektstörung **39**, 101, 154, 199 ff
Affektverflachung 40, 106
Aggravation 297
Aggressivität 82
Agnosie 55
Agoraphobie 40, 145, F 148
AIDS 62
Akathisie 217
Akinese 42, 58, 59
Akinetisches Syndrom 20
Akkomodationsstörung 222
Akoasmen 33, 81
akzessorische Symptome 101
Algopareunie 177
Alibidimie 177, 217
ALITA 85
Alkohol 73
Alkoholabhängigkeit 50, F 285, F 299
Alkoholembryopathie 84, 190
Alkoholepilepsie 83
Alkoholhalluzinose 33, **81**, F 95
Alkoholintoxikation 63
Alkoholismus 20, 38, 53, **75**, 93, F 298
Alpträume 171
Altgedächtnis 53
Ambivalenz 40, 101
Ambulanz 261
Amenorrhoe 167
amentielles Syndrom 50
Amnesie 26, 27, 29, 30, 48, 50, 78, 80, 146
- anterograde 29, 63
- retrograde 29, 63
- totale 29
- transitorische globale 30
amnestisches Syndrom 20, 53, 56, 60, 74
Amphetamin 50, 74
Amok 315
Amyloidvorläuferprotein 54
anaklitische Depression 202
anale Phase 139
Analgetika 92
Anamnese 8, **9**, 22
- psychiatrische 15
- psychosomatische 15
- psychotherapeutische 15
- somatisch 15
- tiefenpsychologische 237 f
Anamneseerhebung 9
Anamnesengruppen 16
Anamnesenmosaik 9, **10 f**
Anfälle, symptomatische 74
Anfallsleiden 50, 52, **64**, 74
Angehörigenarbeit 111, 249
Angst 19, 33, 40, 48, 74, 75, 77, 81, 82, 86, 89, 91, 140, 143, F 148, 172, 205
Angst-Glücks-Psychose 128
Angstbewältigungstraining 243
Angstneurose 53, **143 f**, F 148
Anorexia nervosa 166 f
Anosognosie 52
Anpassungsstörung **152 ff**, F 155 f, F 285
Antabus 84
Anti-Parkinson-Mittel 50, 80
Antidepressiva 50, 76, 80, 121, 128, **221 ff**
- Dosierung 222
- Intoxikation 223
- MAO-Hemmer 224 f
- Serotoninwiederaufnahmehemmer 223 f
- trizyklische 218 f, 224
Antike 310
Antrieb 17, 19, 20, 25, 37, **41**, 53, 119 f, 122 f
Antriebsmangel 20, 41, 52, 53, 54, 58, 59, 60, 62, 105, 119
Antriebssteigerung 41, 119, 122, 127
Antriebstörung 17, 25, **41**, 47, 48
APA 21
Apathie 40, 55, 56, 57, 59, 64, 86
Aphasie 29, 52, 55, 195
Apokalyptik 107
Apophänie 107
Apraxie 52, 55
Arbeitsbündnis 17
Arbeitsförderungsgesetz 298
Arbeitsgedächtnis 30
Arbeitstherapie 257 f
Arbeitsunfähigkeit 298
arc de cercle 146
Argyll-Robertson-Phänomen 61
artifizielle Störung 297
Arzt-Patient-Beziehung 6, 306
Asperger-Autismus 201
Assoziation 34, 36
Ataxie 60, 61, 78, 83, 86
Athetose 58
Ätiologie 24, 26
atypische Neuroleptika 109
Audimutitas 195
Auffassung 28
Auffassungsstörung 24, 26, **29**, 31, 32, 49, 51, 53, 81–83
Aufklärung 306, 311
Aufmerksamkeit 17, 24, 25, 27, **28**, 47
Aufmerksamkeitsstörung 24, 28, 32, 48, 49, 81, 152
Augenmuskellähmung 83
Aura 33
Ausdrucksvermögen 16
Auslösesituation 15
Außenreiz 27
äußeres Erscheinungsbild 16
Autismus 17, 29, 43, 101
- Asperger 201
- Kanner 200 f, F 210
Autoaggression 273
autoerotische Betätigung 204
autogenes Training 245, 250, F 254
autonome Funktionsstörung 173
Aversionstherapie 244

Balintgruppe 252
Barbiturat 76, **91**
Basisdokumentation 23
BDI 332
Bearbeitungsphase 276
Bedeutungsbewußtsein 37
Beeinflussungserleben 43
Befehlsautomatie 101
Befund 8, **16**, 24
- psychischer 16
- psychopathologischer 18
- somatischer 18
Befunddokumentation 6 ff
Begehrensneurose 297
Begriffsverschiebung 35
Begriffszerfall 35, 101
Behandlungsplan 22
Behandlungsziel 249
Behinderung 263
Belastungsreaktion, akute 152

Benommenheit 26, 27
Benton-Test 52, 329
Benzamide 219
Benzodiazepine 229
Benzodiazepinentzug 50
Beriberi 49
Berufsunfähigkeit 56, **296**
Beschaffungskriminalität 73, 86
Beschäftigungstherapie 55, 57, 257
Beschwerden-Liste 334
Betäubung 26
Betreuung 56, 288, **294 f**
Beurteilung 18
Bewegungsstörung 58, 74
Bewußtlosigkeit 26, 63, 87
Bewußtsein 17, 18, 19, 20, 24, **25**, 47
– zerstückeltes 27
Bewußtseinseinengung **27**, 152
Bewußtseinserweiterung 27
Bewußtseinsfeld 27
Bewußtseinsinhalt 25
Bewußtseinsminderung 26
Bewußtseinsstörung 80
– qualitativ 24, 25, **26**, 36
– quantitativ 24, 25, **26**
Bewußtseinstrübung **26 f**, 48, 49, 51, 57, 80, 81
Bewußtseinsverschiebung 27
Beziehungswahn, sensitiver 130
Bezugsperson 15
Bf-S 333
Biographie
– äußere 10
– innere 10
Biographische Leiter 9, **12 f**
Biperiden 218
bipolar 116
bipolare affektive Störung 124, F 125
BIV 330
Bleuler 51, 101
Blickrichtungsnystagmus 78, 83
Blutung 56
Body-Mass-Index (BMI) 166
Borderline-Syndrom 200
Broca-Formel 166
Bulimia nervosa 168
Bundessozialhilfegesetz 298

bürgerliches Recht 288, 293 ff
Butyrophenone 109, 218

Cannabinoide 74
Capgras Syndrom 33
Carbamazepin 227
Carbamazepin 81
Charakterneurose 147
Chorea gravidarum 58
Chorea Huntington 53, 57, F 68
Chorea minor 58
chronische Phase 77
CIDI 22
Claustrum 58
Clomethiazol 81
CO-Vergiftung 20, 53
Coeruloplasminmangel 60
Commotio cerebri 63
Compliance 17
Conolly 312
Contusio cerebri 63
Corpus striatum 58
Cotard-Syndrom 38, 119
Craving 84, 86
Cri-du-chat-Syndrom 189
Cushing-Syndrom 49

d 2 330
Dämmerzustand 20, 27, **50**, 64
– hysterischer 27, 146
Danebenreden 35
Daquin 311
Datenschutz 23
DCS 329
Debilität 44, 188
Déjà-vu 30
Delinquenz 207
Delir 20, 27, 32, 33, 34, **49**, 57, 59, 74, 81, 83, 89, 91, F 93
Delirium tremens 80
Dementia praecox 98, 107
dementielle Entwicklung 50
Demenz 32, 44, 51, 53, 54, 57, 58, 60–62, 64
– präsenile 52, **54**, F 65
– senile 52, **54**, F 65, F 303
– vaskuläre 52, **56**, F 65
Denkeinengung 27, 35

Denken 17, 18, 19, 20, 24, 25, 28, **34**, 47
Denkhemmung 35, 119
Denksperrung 35
Denkstörung 51, 88
– formale 17, 24, **35 ff**, 101, 104, 106, 119, 123
– inhaltliche 17, 24, **36 ff**, 50, 103, 104, 119, 123
Denkumständlichkeit 35
Denkverlangsamung 26, 35
Denkziel 34
Depersonalisation 43, 101, 148
Depersonalisationssyndrom, neurotisches 148
Depravation 86
Depression 17, 20, 37, 41, 42, 44, 47, 52, 59, 60, 62, 74, 78, 89, 91, 116 ff, F 125, 172, 205, 245
– anaklitische 202
– endogen **118 ff**, F 125, F 281
– larvierte 120, 161
– neurotische 120, **142**, F 149
– postpartale 120
– reaktive 120, 152, **153**
– im Senium 121
depressiv 15, 147
depressives Syndrom 19, **51**
Depressivität 40, 48
Deprivation 202
Derealisation 43, 101, 148
Dermatozoenwahn 34, 50, 89, 131
Desensibilisierung, systematische 243
desintegrative Störung 202
Desorientierung 27, 49, 152
Dexamethason-Suppressionstest 117
DGPPN 23
Dhat 315
Diagnose 18
Diagnosensystem 21
dialektisch-behaviorale Therapie 160
dialogisch 33, 81
Diphenylbutylpiperidine 221
Dissimulation 17
Dissozialität 207
dissoziative Störung 53, **145 f**, F 150, 206
dissoziiertes Denken 36

Distanz 6
Distanzlosigkeit 127
Distraneurin 81
Dokumentation 8, **22**
Don-Juanismus 179
dopaminerge Überaktivität 100
Dopaminmangel 59
Dopaminrezeptorblockade 216
Dopaminüberschuß 58
Doppelsuizid 272
doppelte Persönlichkeit 43
double bind 100
Down-Syndrom 189
Drang 41
Drittelregel 158
Drogenabhängigkeit 85
Drusen 55
DSM 21
Dysarthrie 78, 194
Dysästhesie 34
Dysgrammatismus 194
Dyskalkulie 197 f
Dyskinesie 16, 55
– tardive 217 f
Dyslalie 194
Dysmorphophobie 41, 130 f
Dyspareunie 177, 178, F 184
Dysphorie 40
Dyssomnie 169
Dysthymia 142
Dystonie 58

Ecstasy 51, 74
EEG 18
Ehe 15
EheG 294
Eifersuchtswahn 82
Eigenbeziehung 36
Eigengeruchsparanoia 130
Ejakulationsstörung 177
EKG 18
Ekmnesie 30
Ekstase 28
Elektrokrampftherapie 110, 122, 128, **233 f**, 314
Elementarfunktion **25**, 28
Embryopathie 84
Emotionalität 39

empathische Einfühlung 242
Empfindung 17
endokrine Störung 51
enechetische Persönlichkeit 64
Enkopresis 204, F 211
Enquête-Kommision 314
Entdifferenzierung 52, 53
Entfremdungserlebnis 17, 43
Enthemmung 54, 56, 57, 60, 89
Entlassung 23
Entwicklung, sexuelle 15
Entwicklungsbedingung 157
Entwicklungshomosexualität 179
Entwöhnung 84
Entzug 84
Entzugsdelir 80
Entzugssyndrom 73, **74**, 80
Enuresis 140, 203, F 210
Enzephalitis 27, 54, **62**
epidurales Hämatom 64
Epilepsie 20, 27, 50, 61, F 67, 76
Erbkrankheit 13
Erektionsstörung 177
Erethismus 55
Ergänzungsdiagnose 21
Ergotherapie 111, 257
Erinnerung 25
Erinnerungsfähigkeit 29
Erinnerungslosigkeit 29
Erinnerungslücke 20
Erinnerungstäuschung 30
Erotophonie 182
Erklärungswahn 33
Erleben 25, 27
Ermüdbarkeit 52
Erregung 20, 50, 57, 74
Erregungsphase 176
Erregungzustand 19
Erscheinungsbild 24
Erschöpfbarkeit 52
Erschöpfung 26
Erschöpfungsdepression 120
Erstinterview 16, 237
Erwerbsunfähigkeit 56, 297
erweiterter Suizid 272
Es 140
Esquirol 311
Eßstörung 166 ff

Ethik 304 ff
Euphorie 17, 40, 52–54, 57, 58, 62, 78, 82, 87, 89, 122, 127
EWL 333
Exhibitionismus 181
exogene Psychose 21
expansiv-maniformes Syndrom 51
Exposition 244
extrapyramidal-motorische Symptome 55, 57, 59, 60, **217 f**
Extrembelastung 162

Facharztweiterbildung 251
Familienanamnese 10, **13**
Familiendynamik 14
Familientherapie 111, **249**
Faxen(syndrom) 42
febrile Katatonie 105
Fehlbeurteilung 36
Fehldeutung 29
Fetischismus 182
Fibrillen 55
Fixierung 305
flashback 75, 88
Fleckfieber 51
Fokus 241
Folie-à-deux 38, 131
Forensik 286 ff
Forschung 308
FPI 331
Frauenalkoholismus 76
Fremdanamnese 22
Freßanfälle 168
Frontalhirn 57, 58
Frotteurismus 182
Frühdyskinesie 217
frühkindliche Entwicklung 15
frühkindlicher Hirnschaden 190 ff
Frustrationstoleranz 76
Fugue 41
funktionelle Entspannung 247
funktionelle Störung 15
Funktionsstörung, somatoforme 173

GABA-Mangel 58
Galaktorrhoe 217
Gangstörung 58
Ganser-Syndrom 44, 146

GBB 334
Gedächtnis 17, 18, 19, 25, **28**, 29
Gedächtnisillusion 30
Gedächtnisinhalt 34
Gedächtnisstörung 24, **29**, 30, 47, 48, 51, 52, 55, 57–59, 61–63, 75, 76, 81, 82
Gedankenabreißen 35
Gedankenausbreitung 17, 43, 127
Gedankendrängen 36
Gedankeneingebung 33, 43, 102
Gedankenentzug 17, 43, 102
Gedankenlautwerden 33
Gefäßhyalinose 56
Gefühl 39
Gefühl der Gefühllosigkeit 40
Gegenkonditionierung 243
Gegenübertragung 16, 307
geistige Behinderung 187
Gemachtes 34, 43
Gemeinschaft, therapeutische 256
Generikum 23
genitale Phase 140
gepreßte Sprache 16
Gereiztheit 55
Gerontopsychiatrie 250, 262
Geschäftsunfähigkeit 56, 293
Geschlechtsidentität 139
Geschlechtsrolle 15, 167
Geschwisterstellung 14
Gespräch 6
– ärztliches 236, 251
Gesprächspsychotherapie 242
Gestik 16
Gießen-Test 330, 335
Gilles de la Tourette-Syndrom F 209
Gleichgültigkeit 41
Grad der Behinderung 298
Grenzpsychose 200
Griesinger 312
Größenwahn 51
Grundhaltung, psychotherapeutische 235
Grundsymptome der Schizophrenie 101
Guam-Parkinson-Demenz-Komplex 59
Gutachten 56, 286 f, 292, 308 f

Haften 35
Haftreaktion 20
Haftstupor 20
Halluzination 17, 27, **33**, 47, 80, 81, 87–90, 101
– akustische 33, 49, 50, 81, 102, 104, 127
– haptische 34, 49, 50
– hypnagoge 33
– kinästhetische 33
– koenästhetische 102, 105
– Leib- 34, 102
– olfaktorische 33, 102
– optische 20, 33, 49, 50, 102
– szenische 33, 49
Halluzinogen 28, 50, 74, **88**
Halluzinose **50**, 75, F 92
HAMD 332
Hämorrhagie 56
Handlungsfähigkeit 27
Haschisch 74
Hauptdiagnose 21
HAWIE 43, 52, 328
HAWIK 187
Hebephrenie 40, **104**, F 115
Heller-Syndrom 202
Helligkeitssteigerung 28
Hemmungshomosexualität 179
Hepatitis 87
Heranwachsende 292
Herkunftsfamilie 14
Hermaphroditismus 180
Herzerkrankungen 49
Hexe 311
Hilfesuchverhalten 17
Hippocampus 55
Hirnabszeß 49
Hirnatrophie 54, 55
Hirnerkrankung 20
hirnorganische Störung 26
Hirnschaden 157
Hirntumor 49, 54
Hirnverletzung 20, 49
Historisches 310 ff
histrionisch 15
HIV 87
Hobby 15
Homosexualität 178 f
Horrortrip 88

Hörstummheit 194
Hospitalismussyndrom 256
Hyalinablagerung 56
Hypakusis 34
Hyperkinese 42
Hyperkinesie 58
hyperkinetisches Syndrom 19, 192, F 208
Hyperkortisolismus 117
Hypermnesie 29
Hypersexualismus 179
Hypersomnie 169 f
Hypertonus 56
Hypnose 43, 50, 146, **246 f**
Hypnotika 74, 230 ff
hypochondrisch 15
Hypokinese 42
Hypomanie 40
Hypomnesie 29
Hypothyreose 49, 51
Hysterie 50, 206
hysterisch 15, 148
hysterische Neurose 145 f

ICD 21, 103, 137, **319 ff**
Ich 25, 27, 140
Ich-Entwicklungsdefizit 100
Ich-Erleben 17, 25, **42**
Ich-fremd 38
Ich-Funktion 3
Ich-Psychologie 141
Ich-Schwäche 100
Ich-Störung 17, 25, 33, **43 f**, 101, 102, 104, 127
Ich-Umwelt-Grenze 43
Ideenflucht 36, 62, 123
Identifikation 141
Identitätsstörung, sexuelle 178 f
Idiotie 44, 188
Illusion 17, **33**
illusionäre Verkennung 27, 88
Imbezillität 44, 188
Immediatgedächtnis 29, **30**, 49, 53, 55
imperativ 33
Impotenz 82, 89, 177, 217
Impulshandlung 41
induzierte wahnhafte Störung 131
Infektion 52
Infektionskrankheiten 50
inkohärentes Denken 51
Inkohärenz 27, 36, 49
Insomnie 169
Instanzenlehre, psychoanalytische 140 ff
Instrumente, diagnostische 21
Insuffizienzgefühl 39
Insulinbehandlung 234, 314
Intelligenz 17, 25, **43**
Intelligenzminderung 21, 40, 187, F 299
– angeborene 17, 25, **44**
– erworbene 17, 25, **44**
Intelligenzquotient 43
Intensitätssteigerung 28
Interesseneinengung 77
Interview 6
Intoxikation 26, 27, 28, 50, **74**
Involutionsdepression 121
Inzest 181
IPDE 22
ischämischer Insult 56
Isolierung 141
IST-70 328

Jahrhundert
– 17. 311
– 18. 311
– 19. 311
– 20. 313 f
Jamais-vu 30
Jaspers 313
Jellinek 77, 79
Jugendgerichtsgesetz 291

Katalepsie 42, 101
Katathymes Bilderleben 241
katatone Erregung 105
Katatone Schizophrenie 105, F 114
Katatones Syndrom 50
Katatonie 101, F 114
Kayser-Fleischer-Kornealring 60
Kernspintomographie 18
Khat 89
Kinder- und Jugendpsychiatrie 262
Kindesmißhandlung 206

Klassifikationssystem 21
Klaustrophobie 40
Kleinhirnatrophie 83
Kleptomanie 41, 182
klientenzentrierte Therapie 242
Klinefelter-Syndrom 189
Klinifizierung 312
KLT 329
Koenästhesie 34
koenästhetische Schizophrenie 105
Koffein 74, 221
kognitive Therapie 245 f
Kokain 74, **89**
Koma 26, 27, 64, 74
kommentierend 33, 81
Komorbidität 21
Konfabulation 20, 29, 48, 51, 53, 75, 81, 82
Konkretismus 35, 101
Konsiliarpsychiatrie **282**, F 283, F 284, F 285
Konsolidierung 107
Kontaktaufnahme 17
Kontaktmangelparanoid 131
Kontaktstörung 104
Kontamination 35, 101
Kontinuitätsdelir 80
Kontrollverlust 73, 77
Kontrollzwang 39
Konversionsreaktion **145 f**, F 150
Konzentration 17, 25, 28
Konzentrationsstörung 24, 28, 32, 51, 52, 62, 78, 127
konzentrative Bewegungstherapie 246, F 254
Koordination 28
Koordinationsstörung 196
Körperbehinderung 187
Körpergewicht 166
körperlich begründbare psychische Störung 21, 32, **47**, 51
Körperorientierte Verfahren 246 f
Körperpflege 16
Körpertherapie 239
Korsakow-Syndrom 20, 53, 75, **82**, 83
Kortex 54, 55
Kraepelin 313
Krankengeschichte 8, 22
Krankengymnastik 258
Krankheitseinsicht 17
Krankheitsgefühl 17
Krankheitsgewinn 17
Krankheitsverlauf 18
Kriminalität 13, 52
Krise 275
Krisenintervention 153, 154, **275 ff**
Kritiklosigkeit 52, 53
kritische Phase 77
Kulenkampff 314
Kunst 264
Kurzcharakteristik 9
Kurzdokumentation 23
Kurzzeitgedächtnis 29, **30**
Kurzzykler 124
KUSTA 333

L-Dopa 49, 59
L-Tryptophan 232
Laboranalyse 24
Laborbefund 18
Langzeitgedächtnis 30
läppisch 104
Latah 315
Latenzphase 139 f
Lebensereignis 100, 153
Lebensgeschichte 14
– äußere 14
– innere 15
Leberzirrhose 49
Legasthenie 196
Leibhalluzinationen 34
Leidensdruck 17
Leistungsknick 104
Lernbehinderung 187
Lerntheorie 243
Lewy-Körper-Demenz 59
Liaisonpsychiatrie 282
Lichttherapie 122
life event 100
limbisches System 99
Lissauersche Paralyse 62
Lithiumsalze 225 ff
Locus coeruleus 55
Logopädie 195
Logorrhoe 36
Low-dose-dependency 91, 228

LSD 49, 50, 74, 233
Lues 61

Machtmißbrauch 306
majore Depression 116
Makropsie 34
malignes neuroleptisches Syndrom 105, 217
MALT 335
Manie 38, 40, 41, 116, **122 ff**, 161
manirierte Sprechweise 16
Manierismen 42, 104
manisches Syndrom 19
MAO-Hemmer 121
Marasmus 55
Marchiafava-Bignami-Syndrom 83
Marihuana 74
Marker-X-Syndrom 189
Masochismus 182
Massensuizid 272
Maßregelvollzug 290
MDMA 90
Medikamentenabhängigkeit 50
Medikamentenintoxikation 50
Medikation 15, 23, 28
Mehrfachdiagnose 18
Meinhaftigkeit 42
Melancholie 116
Meningoenzephalitis 49
Merkfähigkeit 17, 28, 29, 52–55, 64, 75, 78, 82
Merkfähigkeitsstörung 24, 25, 27, **29**, 30, 31, 48, 51
Merkmal 21
Merkschwäche 20
Metamorphopsie 34
Methadon 87
Mikroangiopathie 56
Mikrographie 59
Mikropsie 34
Milieutherapie 257
Mimik 16
Minderung der Erwerbsfähigkeit 297, F 301, F 302
Mini-Mental 55
Minussymptomatik 47, 51, 52, 106
Mißbrauch **73**, **75**
– sexueller 307
Mißempfindung 17
Mißtrauen 37
Mittelalter 310
MMPI 331
mnestische Störung 50
Modellernen 244
monophasisch 116
monopolar 116
Morbus Addison 49
Morbus Alzheimer 52, 53, **54**, 57, F 65, F 280, F 303
Morbus Binswanger 56
Morbus Creutzfeldt-Jakob 60
Morbus Parkinson 51, **59**
Morbus Pick 53, 54, **57**
Morbus Wilson 50, **60**, 190
Morgentief 120
Motilitätspsychose 128
Müdigkeit 28, 222
Multiinfarktdemenz 52, 56
multiple Persönlichkeit 43
multiple Sklerose F 69
Mundtrockenheit 221
Musiktherapie 111, 258
Muskelentspannung, progressive 245
Muskelfibrillation 60
Mutismus 42, 55, 101, 194 f
Myoklonie 60

Nachtklinik 261
Nägelkauen 204
Nähe-Distanz-Problem 139
Nationalsozialismus 314
Negativismus 101
Neigungshomosexualität 179
Nekrophilie 181
Neologismus 36
Nervenarzt 261
Neuorientierungsphase 276
Neuroleptika 50, 58, 76, 80, 81, 109, 123, 128, **216 ff**
– hochpotente 217
– Komplikationen 220
– mittelpotente 216
– schwachpotente 216
Neurose 34, 75, **137 ff**, 158, 250, F 279
– hypochondrische **146**, 172
Neurosenentwicklung 138 ff
neurotische Depression **142**, 161
Neurotransmitter 55
Neurotransmitterrezeptorblockade 216
Niedergeschlagenheit 40
nihilistischer Wahn 38, 119
Nikotinabhängigkeit 92
Non-restraint-Bewegung 312
Noradrenalinhypothese 117
Nucleus caudatus 58
Nymphomanie 179

Obstipation 204
ödipale Phase 139
Oligophrenie 44, 53, 186, **187 ff**
Oneiroid 27
operante Methoden 244
operationalisierte/operationale Diagnostik 21
Opioide 74, **85**
orale Phase 138 f
Orbitalhirnsyndrom 54
Orgasmusphase 176
Orgasmusstörung 178
Orientierung 17, 18, 19, 20, 24, **31**, 52
Orientierungsstörung 24, **31**, 48, 52, 53, 63, 75, 78, 80, 82, 83
– örtlich 31
– situativ 31
– zeitlich 31
– zur Person 32
Orientierungsstörung, sexuelle 178

Pachymeningeosis hämorrhagica 61, 83
Päderastie 181
Pädophilie 181
Palimpsest 77
Panik 27, 40
Panikstörung **144**, F 184, 245
Paramnesie 29
Paranoia 130, F 135
paranoid-halluzinatorisches Syndrom 19, **50**
paranoides Syndrom 50
Parasomnie 169
Parathymie 40, 101
Pareidolie 34
Parese 56
Parkinsonismus 217
Partnerschaft 15
Partnertherapie 82
Passivität 53
Pathogenese 24
Pavor nocturnus 171 f
pedantisch 15
perinatale Schädigung 190
periorales Beben 61
Perseveration 35, 51
personale Identität 42
Personenverkennung 33
Persönlichkeit
– doppelte 43
– multiple 43, 146
– prämorbide 18
Persönlichkeitsänderung, andauernde 153, **162**
Persönlichkeitseigenschaften 15, 123
Persönlichkeitsstörung 21, 47, 147, **157 ff**, F 163, 168
– anankastische 160 f
– asthenische 161
– Borderline 159, 160
– depressive 161
– dissoziale 159, F 298
– emotional instabile 159 f, F 163
– hyperthyme 161
– hysterische 160
– paranoide 159, F 162
– schizoide 159
– sensitive 161
Persönlichkeitsstruktur 15
Persönlichkeitsveränderung 57, 62, F 301, F 302
Perversion 180 ff
PET 18
PFT 332
phallische Phase 139
phänomenologische Psychiatrie 313
Phasenmodell, psychoanalytisches 138 ff
Phasenprophylaxe 128, 225
Phenothiazine 109, 218
Phenylketonurie 190
Phobie 40, 139, **145 f**, 205

Phobophobie 144
Physiotherapie 55, 57, 258
Pica 204
Pinel 311
Plaques, senile 55
Plateauphase 176
Plussymptom 47
Poikilotonie 58
Poliklinik 261
Polioenzephalitis 61
Poltern 16, 193
Polyneuropathie 83
polyphasisch 116
Polytoxikomanie 73, F 95, F 97
Poriomanie 41
Porphyrie 49
postnatale Schädigung 190
posttraumatische Belastungsstörung 153, 162
präalkoholische Phase 77
präfinal 26
prämorbid 15
pränatale Schädigung 190
präsuizidales Syndrom 273
Prävention 265 ff
Primärpersönlichkeit 15
Primärprävention 265
Primordialsymptome 15
Prion 60
Problemlösetraining 244
Prodromalphase 77
Prognoseregel 138
progressive Muskelentspannung 245
progressive Paralyse 51, 52, **61**, F 72
Projektion 141
Prostitution 86
Pseudodebilität 44
Pseudodemenz 44
Pseudohalluzination 34
Pseudohomosexualität 179
pseudoneurasthenisches Syndrom 52, 60, 62, 64
pseudoneurotische Entwicklung F 70
Psilocybin 49, 74
psychische Störung
– organisch 47
– symptomatisch 47
Psychoanalyse 76, 146, 169, 178, **240 f**, 313
Psychochirurgie 234, 314
Psychodrama 258
psychodynamische Therapie 111, **238**
Psychoedukation 111
psychogene Anfälle 64
psychogene Störung 21, 50
Psychologen 252
psychologische Testverfahren 328 ff
psychomotorische Anfälle 64
psychomotorische Störung 17, **42**, 48, 49, 52, 74, 81, 192 f
psychomotorischer Entwicklungsrückstand 192
Psychopathologie 24 f
Psychopharmaka **215 ff**, 314
psychoreaktive Störung 206 f
Psychose 42, 47, 77, 158, 250
– affektive 21, 38, **116 ff**, 127
– endogene 21, 28
– exogene 21, 29, 36, 47, **48**, 51, 60, 74, 198
– organische 27, 48, **51**, 75
– paranoid-halluzinatorische 27, F 66, 75, 81, F 95, F 281
– schizoaffektive **127 ff**, F 131 ff
– symptomatische 20, 48, F 70, 86, F 95
psychosomatische Störung 166 ff
psychosoziale Abwehr 142
Psychostimulantien 28
Psychosyndrom
– hirnlokales 53
– organisches 21, 28, 47, 48, **51**, 52, 62, 64, F 67, 78, 190 ff, F 284
Psychotherapeut, psychologischer 252
Psychotherapie 57, 84, 87, 110, 122, 123, 128, 142–145, 148, 169, **235 ff**
– Einzel- 248
– Gesprächs- 242 f
– Gruppen- 248
– Indikation 237
– Indikation 250 f
– interpersonelle 248
– katathym-imaginative 241
– konfliktzentrierte 153, 154

– Kontraindikation 237 f
– Kurz- 241, 249, F 253
– Notfall- 242
– supportive 147, 154, 236, 249
– tiefenpsychologisch fundiert 241, 250
Psychotomimetika 233
Pubertätskrise 207
Putamen 58
Pyromanie 41, 182, F 299

Querulantenwahn 130
Queteletsindex 166

rapid cycler 124
Raptus 42
Rationalisierung 141
Ratlosigkeit 37, 51
Rausch 75
– einfacher 78, F 298
– komplizierter 80
– pathologischer 20, 27, 50, 80
Reaktion 152 ff
– depressive F 67, 120, F 155, F 285
– psychogene 20, 53
Reaktionsbildung 141
Reaktionsfähigkeit 18
Reaktionsphase 276
Reaktionszeit 28
Realitätserleben 32
Realitätsgewißheit 33
Realitätsurteil 33, 34, 36
Rechenschwäche 197 f
Rechtsbrecher, psychisch kranke 263
reflektierendes Bewußtsein 25
Reflexverhalten 26
Regression 55, 141
Rehabilitation 112 f, 263
Rehabilitationsmaßnahme 22
Reizbarkeit 52, 58
Reizkonfrontation 244
Religion 15
Renaissance 310
Rentenneurose 298
Rentenversicherung 296
Residualwahn 37
Residuum, schizophrenes 106, 107, 108, F 113
Rett-Syndrom 202
rezidivierende kurze depressive Störung 124
Rhythmusforschung 117
Rigor 58, 59
Rollenspiele 244
Röntgen 18
Rorschach-Test 330 f
Rückbildungsphase 176

Sachverständiger 286, 292
Sadismus 182
saisonale affektive Störung 124
Sakel 314
Satisfaktionsstörung 177
Satyriasis 179
SCAN 22
Schädel-Hirn-Trauma 26, 27, 52, 53, **63**
Schichtenregel 21
schizoaffektive Psychose **127 ff**, F 131 ff
schizoid 15, 147
Schizophrenia simplex 105
Schizophrenie 20, 21, 33, 38, 50, 81, F 95 98 ff, 123, 127, 159, 198 f
– koenästhetische 105
– paranoid-halluzinatorische **104**, F 113, F 281
schizophreniforme Psychose 60
Schlaf-Wach-Rhythmus 170
Schlaf-Wach-Schaltung 25
Schlafentzug 121, **234**
Schlaflosigkeit 86
Schläfrigkeit 26
Schlafstörung 49, 120, 123, 127, 154, **169 ff**
Schlafwandeln 171, 204
Schlaganfall 51, 56
Schmerzreiz 26
Schmerzstörung, somatoforme 173
Schneider, Kurt 102, 313
Schnüffelstoffe 90
Schock 27
Schockphase 276
Schulangst 197
Schuldunfähigkeit 288 f, F 298
Schuleschwänzen 197
Schulphobie 197
Schweigepflicht, ärztliche 306
Schwerbehindertenrecht 298

Schwerbesinnlichkeit 29
Schwindel 52
Schwingungsfähigkeit 40
Sedativa 74
Sedierung 74
Sekundärprävention 267
Selbstbeschädung 17
Selbsterhöhung 38
Selbstkontrolle 244
Selbstmordversuch 75
Selbstsicherheitstraining 244
Selbstüberschätzung 38
Selbstwertproblematik 139
Serotoninhypothese 117
Serotoninwiederaufnahmehemmer 223
Sexualanamnese 175
Sexualangst 146
Sexualberatung 178
Sexualität 15
Sexualpräferenz, Störungen der 180
Sexualstörung 175 ff
Sexualtherapie 178, 248
Sexualverhalten 176
Sexuelle Entwicklung 10, 15
Sicherungsverwahrung 291
Simulation 17, 297
Sinnestäuschung 20, 27
Sinneswahrnehmung 36
Sodomie 181
somatische Anamnese 15
Somatisierungsstörung 172 f
Somatoforme Störungen 172 f
– autonome Funktionsstörung 173
– anhaltende Schmerzstörung 173
Somnambulismus 27, **171**, 204
Somnolenz 26
SONET 334
Sopor 26
Sozialarbeit 258
soziale Phobie 145
Sozialgeschichte 14
Sozialkontakt 15
Sozialpsychiatrie 312
sozialpsychiatrischer Dienst 262
Sozialrecht 288, 296 f
Sozialtherapie 112 f
Sozialverhalten 154
Sozialverhalten, Störung des 207 f, F 211
Soziodemographie 23
Soziopathie 158
Soziotherapie 87, **256 ff**
SOZU-K-22 334
Spaltung 141
spastische Lähmung 61
Spätdyskinesie 217 f
Sperrung 20
Spielsucht 73, F 97
Spontanäußerung 26
Sprachabbausyndrom 195
Sprache **16**, 34
Sprachentwicklungsstörung 194
Sprachstörung 57
Sprechstörung 16, 58, 193 f
Sprechverhalten 16
Sprichwörter 35, 52
STAI 332
PD-S 333
Stammbaum 14
Stammeln 16
Stammganglien 59, 61
Stereotypie 42, 57
Stimmenhören 33, 81
Stimmklang 16
Stimmodulation 16
Stimmung 18, 19, 20, 39, 53
Stimmungslabilität 40
Stimulantien 74, **90**, 232
Stirnkonvexitätssyndrom 54
Stoffwechselstörung 26, 49
Störung
– affektive 25, 39
– funktionelle 15
– psychomotorische 42
Störung der Elementarfunktion 28
Stottern 193
Strafmündigkeit 291
Strafrecht 288 ff
Stupor 20, 42, 50, 55, 101, 105
subdurales Hämatom 64
Sublimierung 141
Substantia innominata 55
Substantia nigra 59
Sucht **73**, **75**, **159**

Suchtkrankheit 13
Suggestibilität 81
Suizid 13, 37, 118, F 281
suizidale Entwicklung 273
Suizidalität 17, 127, 140, 142, 153, **271 ff**, 279, 305
– Therapieprinzipien 275
Suizidanamnese 274
Suizid, erweiterter 272
Suizidgedanken 273
Suizidgefährdung 271
Suizidhandlung 271
Suizidprophylaxe 305
Suizidversuch 23, 87, 271, F 279, F 280, F 283
symbiontischer Wahn 131
Symboldenken 35
Symbolismus 101
Symptom 24
Symptome 1. und 2. Ranges 102
Symptomenkomplex 18, **19 f**
Syndrom
– akinetisches 20
– amnestisches 20
– delirantes 20
– depressives 19
– hyperkinetisches 19
– manisches 19
– paranoid-halluzinatorisches 19
– psychiatrisches 18, **19 f**
Synthymie 38, 39
Syphilis 61

Tabak 74
Tabes dorsalis 61
Tagesklinik 260
Tagesschwankung 120
Tasikinesie 217
TAT 331
Teilleistungsschwäche 186, 195 ff
Temporallappen 54, 57
terminales Stadium 107
Terminalschlaf 80
Testierfähigkeit 56, 293, F 303
Testverfahren -psychologische 18, 328 ff
tetradisches System 21
Therapieziel 249
Thioxanthene 218
Tic 16
Toleranzentwicklung 73, 77
Toleranzsteigerung 86
Torpidität 40
Toxoplasmose 63
Trance 27, 146
Tranquilizer 76, **91**, **228 ff**
Transitivismus 43
transitorisch-ischämische Attacke 56
transkulturelle Psychiatrie 315
Transsexualismus 179 f, F 182
Transvestitismus 182
Trauer 154
Trauma 153
traumhafte Verworrenheit 27
Trema 107
Tremor 49, 55, 59, 61
Treponema 61
triadisches System 21
Trichotillomanie 204
Trieb 41
Triebhaftigkeit 57
Triebhandlung 41
Trugerinnerung 30
Trugwahrnehmung 33
TÜLUC 329
Turner-Syndrom 189
Typhus abdominalis 49
Typus melancholicus 118

Über-ich 140
Überforderung 34
Überlebensschuld 162
Übertragung 16, 238, 307
Überwertige Idee 38
Ultrakurzzeitgedächtnis 30
Umstellungserschwerung 52
Umwelt 27
Unfallneurose 297
Ungeschehenmachen 142
Unheimlichkeit 37
Universitätspsychiatrie 312
Unruhe 28, 48, 55, 74, 81
Unspezifität, Gesetz der 48
Unterbringungsrecht 288, **295 f**, 305
Untersuchung 6 ff
Urämie 50

Urteilen 34
Urteilsschwäche 52

Vaginismus 178
Valproinsäure 227
vegetative Störung 40, 49, 59, 63, 74, 78, 81, 86, 88, 102, 119, 144, 153
vegetative Symptome 217
Verbigeration 35
Verdrängung 141
Vergiftung 20
Verhaltensstörung 47
Verhaltenstherapie 111, 143, 144, 145, 169, 239, **243 ff**, 250, 313
Verkennung 33
Verlangsamung 27
Verlaufskriterium 21
Verlegenheitsgeste 16
Verleugnung 141
Vermeidungsverhalten 40
verminderte Schuldfähigkeit 289, F 298, F 299
Verschiebung 141
Versorgung 258 ff
– integrierte 262
– komplementäre 261
– stationäre 259
– Suchtkranken 262
– teilstationäre 260 f
Versorgungsleistung 23
Verwahrlosung 58, 207
Verwirrtheit 26, 27, 57, 81
Verwirrtheitspsychose 128
Vigilanz 17, 24, **25**, 26, 31
Vigilanzstörung **26**, 48, 56, 64, 83, 86
Vitalgefühl 39, 40, 119, 123
Vitamin-B-Mangel 49, 81, 82
Voodoo 315
Vorbeireden 35
Vorstellen 16, 25, 28, 34
Vorurteil 309
Voyeurismus 182

Wachheit 25, 28
Wachtherapie 121, **234**
Wagner, Ritter von Jauregg 313
Wahn 32, 34, **36**, 47, 50, 55, 58, 74, 82, 89, 101, 102
– Beeinträchtigungs- 37, 131, F 134
– Beziehungs- 37, 104
– Eifersuchts- 38
– Größen- 38, 40, 62, 123, 127
– hypochondrischer 38, 119
– inkongruenter 37
– Kontroll- 37
– nihilistischer 119
– parathymer 37, 127
– Querulanten- 37, 159
– religiöser 38
– Schuld- 37, 38, 40, 119
– symbiontischer- 38, 131
– synthymer 37
– systematisierter 104
– Verarmungs- 37, 38, 40, 119
– Verfolgungs- 37, 50, 89, 104
– Vergiftungs- 50
– Versündigungs- 119
Wahnarbeit 37
Wahndynamik 37
Wahneinfall 37
Wahnentwicklung 129 ff
Wahngedanke 36
Wahngewißheit 37
wahnhafte Störung 32
Wahnidee 20, 36
Wahnstimmung 37
Wahnsystem 37
Wahnvorstellung 17, 36
Wahnwahrnehmung 33, 36, 102, 104
Wahrnehmung 17, 18, 19, 20, 22, 24, 28, **32**, 33, 34, 47, 74, 80, 87
Wahrnehmungserleben 32
Wahrnehmungsfähigkeit 28
Wahrnehmungsstörung
– qualitative 24, 32
– quantitative 24, 32
– sonstige 34, 196
Waschzwang 39
Weckamin 51
Weiterbildung 251
weitschweifig 35
Weltanschauung 15
Wendung gegen das Selbst 141
Wernicke-Enzephalopathie 49, 53, 82, **83**
Wesensänderung 52, 53, 64, 78, 88, 89
WHO 21
Wortfindungsstörung 52, 195
Wortneubildung 35
Wortsalat 36

xyy-Syndrom 189

Zeitgitterstörung 29, 51
Zeitkriterium 22
zentrale pontine Myelinolyse 83
zerebrovaskuläre Erkrankung 27, 32
Zerfahrenheit 36
Zieve-Syndrom 78
Zitat 22
Zivilrecht 293 ff
Zönästhesien 34
zönästhetische Schizophrenie 34
Zoophobien 205
Zusatzdiagnose 21
Zwang 34, **38**
zwanghaft 15, 147
Zwangseinweisung 304
Zwangsgedanken 38, 119, 143
Zwangshandlungen 39, 143
Zwangsimpulse 39, 143
Zwangsmedikation 305
Zwangsneurose 139, **142 f**, F 149, 160, 205
Zwangsrituale 39
Zwangsvorstellung 17
Zykloide Psychose **128**, F 133
Zyklothymia 116